Rok LI. Kraków, dnia 2. marca 1912. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu lwowskiego.
(Dyrektor: radca dworu Prof. L. Rydygier).

Przetoka płucna i oskrzelowa jako zastępcze drogi oddechowe.

Przyczynek doświadczalny

podał

Adam Majewski.

(Lublin—Lwów).

Od czasu wprowadzenia do chirurgii dla operacyi w jamach klatki piersiowej przyrządów o zróżniczkowanem ciśnieniu, została chirurgia płuc, z wyjątkiem niektórych spraw ropnych, prawie zmonopolizowana przez kliniki i instytucye, rozporządzające przyrządami o zróżniczkowanem ciśnieniu. Tem się pewnie tłómaczy zastój w ostatnich latach w pracach z dziedziny chirurgii płuc w piśmiennictwie polskiem.

Jest jednak dział chirurgii płucnej, nie nadający się do leczenia wyłącznie w centrach chirurgicznych. To chirurgia nagła, »chirurgie d'urgence«; do niej między innemi należą przypadki duszności przy głęboko położonych przeszkodach dla oddechu.

U chorych z nienadającymi się do operacyi guzami śródpiersia, z tętniakami tętnicy głównej, twardzielą krtani, skłonną do szerzenia się ku dołowi, bliznami itd., przychodzi nieraz okres, gdzie chory się dusi, a gdzie rozcięcie tchawicy nawet przy użyciu kaniuli Königa lub podobnej nie pomaga, a nawet szkodzi, gdyż wywołuje zapalenie tchawicy, przez co powiększa obrzęk, a więc i duszność.

W przypadkach takich jedynie racyonalne byłoby otworzenie dostępu do powietrza poniżej przeszkody, a więc założenie przetoki płucnej lub oskrzelowej (pneumostomia lub bronchostomia).

Możliwość tego potwierdzają przypadki, gdzie chorzy z przetoką płucną, powstałą przypadkowo po operacyi lub samoistnie, oddychają przy zatkaniu nosa i ust przez przetokę bez szkody dla ustroju (Gluck [1], Küttner [2]).

Jeszcze jaskrawszym dowodem jest klasyczne doświadczenie Dubois Reymonda [3]). Kaczka z odciętą kończyną i podwiązaną krtanią oddychała przez przekrój przeciętej kości przez worki płucne tej kości, komunikujące z płucem.

Operacya przetoki oddechowej powinna być, ze względu na nagłość operacyjną i zwykłe tu osłabienie chorego, szybko wykonalna i technicznie prosta.

Gluck [4]), uzasadniwszy w 1900 r., a potem w 1907 r. tak nazwany przez siebie objaw oddychania od tyłu (Phenomen der retrograden Athmung), zaproponował drogę operacyjną przez czasowe wycięcie 4., 5., 6. i 7. żebra z tyłu przy kręgosłupie (Türflügelschnitt) i zewnątrzopłucne lub w razie konieczności przezopłucne (transpleurale) dojście do głównego oskrzela w odległości 1—2 cm od podziału tchawicy. Metoda ta jednak ze względu na głębokie położenie oskrzela (7 cm od powierzchni żebra), łatwość uszkodzenia wielkich naczyń i przechodzenie przez śródpiersie lub opłucną, jako sposób zakładania przetoki oddechowej, nie jest dobra.

Zamiast niej Küttner [5]) zaproponował zużytkowanie na przetokę oddechową głównego oskrzela jednego z płatów płucnych. Dostęp toruje sobie Küttner od przodu przez opłucnę. W jednym przypadku metodę swą zastosował na człowieku.

U mężczyzny 47-letniego z tętniakiem tętnicy głównej, uciskającym na główne oskrzele, dokonał on w uśpieniu skopolamino-morfinowo-eterowem pod wzmożonem ciśnieniem cięciem powłok płatowem z podstawą do przodu, podokostnego wycięcia 3. i 4. prawego żebra w linii pachowej przedniej. Po otwarciu opłucnej wyosobnił w górnym płacie płucnym główne oskrzele i po umocowaniu go w ranie, wyciął odpowiednią część płata płucnego i ranę płucną przyszył do rany skórnej. Płuco po zaciśnięciu ciskadłem Doyena częściowo zeszył, pozostawiając w środku rany otwarte oskrzele. Chory operacyę znosił źle; przy końcu operacyi tętno było ledwie macalne; w parę godzin potem przy objawach niedomogi serca zmarł.

Przypadek ten, ważny jako pierwszy tego rodzaju zabieg na człowieku, o wartości metody nie rozstrzyga. Wobec upadku działalności serca i zamierania czynności ustroju już od chwili operacyi, nie mamy dowodu, że oddychanie w ciągu paru godzin przeżycia pooperacyjnego odbywało

1) Gluck: Die Entwickelung der Lungenchirurgie. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft der Chirurgie. 36. Kongress. 1907.

2) Küttner H.: Druckdifferenz-Operationen. Beitr. zur klin. Chirurgie 60 B. H. 1. i 2.

3) Gluck: Ibidem.

4) Gluck: Verh. d. deut. Chir. 1907.

5) Küttner: Beitr. z. klin. Ch. t. 60. 1908.

się tu przez oskrzele w sposób dla życia dostateczny, tembardziej, że niedrożność tchawicy była względna i że trochę powietrza i tamtędy dostawać się mogło.

Nie znalazłszy w dostępnej mi literaturze rozstrzygnięcia tej sprawy, przystąpiłem w klinice chirurgicznej lwowskiej do prób doświadczalnych w tym kierunku. Prowadziłem je w celu wyjaśnienia: 1) czy operacye te mogą być robione z dobrym wynikiem bez użycia przyrządu o zróżniczkowanem ciśnieniu, co wobec ich nagłości jest nieraz konieczne; 2) czy przetoka płucna lub oskrzelowa przy całkowitem zamknięciu dostępu powietrza od góry wystarcza dla oddechu.

Ogółem zrobiłem (przy współudziale kol. Ostrowskiego) 12 doświadczeń, z nich 10 na psach, 2 na królikach.

Na pół godziny przed operacyą wstrzykiwałem 1% morfinę w dawkach 5,0—10,0 cm^3, zależnie od wagi. Uśpienie stosowałem chloroformowe.

Prócz dwóch pierwszych doświadczeń, gdzie psy leżały na boku, w pozostałych stale nadawałem im, za Elsbergiem[6]), ułożenie na brzuchu. Sposób ten ma tę zaletę, że worek sercowy wagą swą napina śródpiersie, co ma zapobiegać odmie piersiowej.

Cięcie powłok pierwotnie długie, liniowe, zmieniłem następnie na dogodniejsze płatowe z podstawą ku tyłowi i górze.

Żebra wycinałem podokostnie na przestrzeni około 7 ctm^3; zwykle wycinałem jedno; w 2 przypadkach dwa; w jednym ograniczyłem się na torakotomii; w jednym nareszcie zrobiłem cięcie wrotowe (Thürflügelschnitt). Najczęściej wycinałem 5. żebro, rzadziej czwarte; przy 2 żebrach czwarte i piąte lub piąte i szóste. Jeden raz wyciąłem ósme żebro; dało to zły dostęp; płuco trudno było ująć i było ono silnie napięte. Wycinałem żebra stale w części ich przy kręgosłupie.

Operacyę robiłem w sześciu przypadkach po stronie prawej; w sześciu po lewej; różnic wybitnych w zachowaniu się zwierząt po otwarciu prawej lub lewej opłucnej nie dostrzegłem.

Opłucnę otwierałem pierwotnie w międzyżebrzu; po dojściu cięciem do opłucnej, widać przez przeźroczystą opłucnę dokładnie płuco. Ze względu jednak, że opłucna drze się i że ją trudno potem dokładnie obszyć, otwierałem ją w późniejszych doświadczeniach przez okostnę po wyciętem żebrze.

Otwór w opłucnej, po uprzedniem dokładnem zatamowaniu krwawienia z rany, robiłem długości 2—3 ctm.

Bezpośrednio po zrobieniu otworu, zapuszczałem do opłucnej kleszczyki tępe (typu kleszczyków do krwawnic) i po ujęciu płuca wyciągałem je przez otwór na zewnątrz.

Płuco królika jest tak wiotkie, że przy lekkiem pociąganiu urywa się. Króliki przeto stanowią do naszych doświadczeń materyał niepodatny.

Do wyciągania płuca używałem tępego narzędzia, gdyż płuco psa dotąd poddaje się maltretowaniu bez szkody, dopóki ma całą opłucnę. Po jej naruszeniu miąższ płucny łatwo rwie się.

Gdy przy chwytaniu płuca dostawał się w kleszczyki nie brzeg płuca, ale kopuła płatu, to wyciągnąwszy schwytaną część na zewnątrz, przesuwałem ją dotąd, dopóki nie wyciągnąłem brzegu, poczem, pociągając dość silnie za brzeg, wydobywałem zawsze na zewnątrz cały wachlarzowato układający się półkulisty płat płucny. Robiłem to dlatego, że w jednym z pierwszych przypadków, gdzie wyciągnąłem jeden bok płatu, cięcie płuca wypadło skośnie i pomimo, że płuca usunąłem dużo, oskrzela głównego nie otwarłem.

Płat płuca po wydobyciu wyciągałem dotąd, dopóki nie pokazywała się na zewnątrz grubsza zwężająca się podstawa płata.

Po wyciągnięciu płatu sprawdzałem, czy jego ustawienie odpowiada prawidłowemu; wypukła część, kopuła powinna być obrócona ku górze i przodowi. W przeciwnym razie przypuszczać należy skręcenie. W jednem doświadczeniu skręcenie to spowodowało złe zejście.

Również należy baczyć, by płuca przy obszywaniu podstawy nie fałdować, gdyż fałd, nie ujęty w szew, po obcięciu płuca może się wysunąć do opłucnej wraz z otwartemi oskrzelami i naczyniami.

Na wyciągnięte płuco, zatkawszy niem możliwie szczelnie otwór w opłucnej, nakładałem po obydwóch stronach w odległości około pół ctm. od brzegów rany opłucnej po przez nieotwartą opłucnę, szwy katgutowe podwójną nitką, ustalające i podtrzymujące płuca.

Na szwy te zwracam uwagę; w opisach odnośnej techniki operacyjnej z nimi się nie spotkałem; uważam je za bardzo pożyteczne. W pierwszym przypadku, gdzie ich nie zastosowałem, płuco się oberwało; w następnych, pomimo wielkiego czasem napięcia w kikucie płatu i pomimo gwałtownego rzucania się psa przy duszności, szwy trzymały dobrze.

Po nałożeniu szwów podtrzymujących płuco, obszywałem je naokoło szwem ciągłym katgutowym, przekładając go co 2—3 ściegi. Mięśnie po obu stronach płuca łączyłem paru szwami.

Przy obmacywaniu umocowanego płuca nie udawało mi się (u psa) wymacać oskrzela przez miąższ płuca.

Płuco obcinałem poprzecznie, równolegle do podstawy; krwawiło na razie zwykle bardzo mało. Oskrzela i naczynia są po przecięciu widoczne: nie cofają się w miąższ. Najszersze z widocznych oskrzele nacinałem podłużnie wgłąb na pół cm, poczem wprowadzałem do niego gruby cewnik Nelatona z otworem na końcu lub nawet sondę odbytniczą — na głębokość około 5 ctm., t. j. nie dalej, niż do rozwidlenia oskrzela.

W przypadku, gdzie założyłem cewnik głęboko do tchawicy, pies udusił się skutkiem nagromadzenia się w zdrowem oskrzelu przeciwnej strony znacznej ilości śluzu i niemożności wydzielenia go do cewnika.

Pozostałe oskrzela i naczynia podwiązywałem lub okłuwałem. Płuco obszywałem paru szwami. Ścisłe zatamowanie krwawienia z płuca jest tu konieczne.

W jednem doświadczeniu, gdzie wobec niekrwawienia płuca, nie podwiązałem dokładnie naczyń, po przejściu uśpienia przy pierwszych żywszych ruchach psa płuco nagle zaczęło silnie krwawić; wtórne zaopatrzenie naczyń zatrzymało krwotok, ale przedtem do niezamkniętych oskrzeli naciekło krwi i przy sekcyi znaleźliśmy w nich liczne skrzepy.

---

[6]) Elsberg: Zentralblatt f. Chirurgie Nr 10. 1908.

Skórę, prócz części środkowej, zeszywałem. Ranę pozostawiałem otwartą, posypując ją jodoformem.

Opisana technika odnosi się do przetoki oskrzelowej. Przy przetoce płucnej ograniczałem się zawsze po wydobyciu na zewnątrz i obcięciu płuca do szerokiego rozpięcia rany płuca zapomocą kilku szwów, łączących brzegi płuca ze skórą.

Drugim aktem operacyjnym jest zamknięcie górnych dróg oddechowych. Dokonywałem go bezpośrednio po pierwszym akcie; przedstawia on znaczne trudności techniczne.

Cięciem środkowem podłużnem odsłaniałem tchawicę; podprowadzałem igłą Deschampa nitkę; nie mogłem jednak u psa szczelnie zacisnąć krtani ani jedwabiem, ani drutem metalowym. Wobec tego miażdżyłem kleszczykami Billrotha parę chrząstek ponad podwiązką i obszywałem je katgutem; w innych przypadkach wypreparowywałem ze ściany tchawicy chrząstkę i w tem miejscu ją zaciskałem. Jednakże zupełnie dokładne zamknięcie tchawicy otrzymałem dopiero po rozcięciu poprzecznem tchawicy, umocowaniu w niej gumowego korka i zaciśnięciu tchawicy naokoło korka.

Zabiegi te na tchawicy połączone są z silnym urazem. W jednym przypadku stwierdziłem na sekcyi poza tchawicą rozległy wylew krwawy, który ciągnął się ku dołowi i był prawdopodobnie powodem złego zejścia.

Psy, którym po założeniu przetoki płucnej podwiązałem szczelnie tchawicę, wszystkie natychmiast ginęły. Pies, któremu po założeniu przetoki płucnej tchawicy nie podwiązałem, przy wszelkich próbach szczelnego zatkania mu nosa i pyska, zarówno wkrótce po operacyi, jak i obecnie (sześć miesięcy po operacyi), szybko poczyna się dusić.

Psy, którym po założeniu przetoki oskrzelowej podwiązałem szczelnie tchawicę, wszystkie przeżyły zabieg i żyły po nim czas jakiś. Najdłużej w jednem z doświadczeń 18 godzin. W pozostałych doświadczeniach psy ginęły po 12—6 godzinach. Oddychały one przez pierwszych kilka godzin (2—6) dobrze; następnie oddech stawał się coraz głośniejszy i stopniowo rozwijały się objawy duszności.

Na sekcyi znajdowałem w tchawicy stale mniejsze lub większe ilości nagromadzonego śluzu. Płuco w pierwszem doświadczeniu, gdzie nie nałożyłem bocznych podtrzymujących szwów, oberwało się jednym bokiem, wisiało w jamie opłucnej, wywołało krwotok do niej i odmę piersiową. W pozostałych przypadkach, po zastosowaniu szwów podtrzymujących płuco, trzymały szwy dobrze i odmy piersiowej na sekcych nie znajdowałem. Płuco przy operacyi wyciągałem na ślepo, kierując jedynie narzędzie ku dołowi; sekcye stwierdziły, że przyszyty bywał prawie stale (prócz jednego przypadku) płat dolny. Co do oskrzela, używanego na przetokę, sekcye wykazały, że bywało niem albo główne oskrzele płatu, albo bezpośrednie jego rozgałęzienie.

Dla porównania warunków operacyjnych zwykłych i przy zróżniczkowanem ciśnieniu, zastosowałem do operacyi na królikach i na psach przyrząd, który skonstruowałem na miejscu w klinice, a w typie zbliżony do przyrządu Auer-Melzera. Przyrząd ten doskonale równoważył ciśnienie zewnętrznego powietrza. Utrzymując ciśnienie manometru na 10 mm rtęci przy szeroko otwartej wrotowej ranie opłucnej, zdołałem płuco utrzymać w średniem rozdęciu prawie bez ruchu. Przy podwyższeniu ciśnienia do 20 mm rtęci, płuco wypełniało całą jamę opłucną, wyciskało z niej zewnętrzne powietrze; ruchy klatki piersiowej prawie ustawały. Przy zeszyciu w tym okresie opłucnej i powłok, w jamie opłucnej powstawały stosunki prawidłowe. W jednem doświadczeniu przy obustronnem wycinaniu zwoju szyjnego dolnego (Dr A. Rydygier) otwarto przy użyciu tego przyrządu na jednem posiedzeniu kolejno obie jamy opłucne, a pomimo to odma piersiowa nie powstawała i pies zabieg zniósł dobrze.

Przyrząd ten jest prosty i każdy lekarz lub szpital może go sobie skonstruować. Potrzebny do tego jest cylinder tlenu (zwykły, używany dla chorych; zawiera on 90 litrów tlenu pod ciśnieniem 60 atmosfer), zwykła flaszka laboratoryjna na wodę z hermetycznym korkiem o 2 rurkach dla pomieszczenia eteru, łącznik trzyramienny i manometr.

Zwierzęciu, uśpionemu eterem, wprowadza się do krtani ruchem intubacyjnym napięty na mandrynie cewnik Nelatona lub lepiej półtwardy cewnik angielski. Kaliber cewnika nie powinien przekraczać połowy kalibru otworu krtani. Braliśmy zwykle Nr 18—20. Koniec cewnika powinien nie dochodzić do rozwidlenia tchawicy na 5 ctm. Długość wprowadzonej części cewnika, licząc od zębów, wynosiła w naszych doświadczeniach około 31 ctm. Wylot cewnika umocowuje się w otworze deseczki, wsuniętej poprzecznie między zęby, poczem łączy się cewnik z przyrządem.

Ciśnienie można dosyć dokładnie miarkować zewnętrznym kurkiem cylindra z tlenem. Gdy zwierzę wydawało się przenarkotyzowane eterem, wyłączałem flaszkę z eterem i połączywszy rurki korka od dołu rurką gumową, wprowadzałem zwierzęciu czysty tlen, po którym zwierzę szybko przychodziło do siebie.

Zestawiając powyższe dane, dochodzę do następujących wniosków:

1) Przetoka płucna (pneumostomia) nie daje dostatecznego dostępu dla powietrza do płuca; przy szczelnem zamknięciu górnych dróg oddechowych nie zapobiega ona natychmiastowej śmierci.

2) Przetoka oskrzelowa (bronchostomia) daje dostęp do płuca dla powietrza dostateczny. Sama przez się jest operacyą niezawiłą i technicznie prostą. Te jednakże przypadki, gdzie dla całości doświadczenia wypadało łączyć przetokę oskrzelową z operacyą ścisłego zamknięcia górnych dróg oddechowych, kończyły się śmiercią na tle rozwijających się w drogach oddechowych spraw chorobowych.

3) Przetoki oddechowe (płucna i oskrzelowa), dokonywane w sposób powyżej podany, nie wymagają przyrządów o zróżniczkowanem ciśnieniu i mogą być bez obawy odmy piersiowej wykonane w zwykłych warunkach operacyjnych.

4) Przy innych operacyach, wymagających wzmożonego ciśnienia, poważne usługi oddać może ogółowi chirurgów przyrząd typu Auer-Melzera, dający się doraźnie skonstruować bez większych kosztów.

5) Przy przytwierdzaniu płuca do klatki piersiowej zalecam podane przezemnie powyżej szwy podtrzymujące płuco; ułatwiają one i wzmacniają przytwierdzenie płuca.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

(Ciąg dalszy).

Jeszcze wyraźniej występuje zysk z wprowadzenia cięcia cesarskiego nadłonowego wtedy, jeżeli się uwzględni, że cięcie cesarskie klasyczne wykonuje się według dzisiejszych zasad tylko w przypadkach bezwzględnie czystych, w innych zaś poświęca się płód dla dobra matki, nie próbując nawet jego ratunku. Gdybym chciał z tego punktu widzenia oświetlić moją statystykę, musiałbym powiedzieć, że na 591 płodów dałoby się uratować zaledwie 290, pochodzących z przypadków czystych (294—4 martwe), pozostała zaś reszta nie byłaby wogóle wydobywana cięciem cesarskiem i nie byłaby żyła. Jeżeli się odtrąci 16 płodów, które przyszły na świat martwe, a pochodziły z przypadków podejrzanych i zakażonych, to zawsze 281 przyszłych obywateli państwa zawdzięcza swoje życie cięciu cesarskiemu nadłonowemu. Dla lepszego uwydatnienia przypomnieć tu jeszcze muszę, że całe zestawienie obejmuje 591 płodów.

Tyle co do wyników bezwzględnych. Porównania względne, odnoszące się do seryi poszczególnych operatorów, każdy z nich sam tylko zestawić sobie może, ale też tylko w odniesieniu do niego mają one wartość.

O ile to dotyczy moich własnych spostrzeżeń, sprawa przedstawia się następująco:

W czasie od 10 sierpnia 1903 aż do 1 października 1910 przeszło przez moje ręce 36 przypadków cięcia cesarskiego. 25 z nich robiłem sam, w reszcie zaś prowadziłem operacyę w każdym przypadku z osobna. Z powyższych 36 przypadków 22 dotyczy cięcia cesarskiego klasycznego, 14 zaś cięcia nadłonowego. Wyniki moje podaję tu w zestawieniu (obacz niżej).

Nie dziw, że stałem się bezwzględnym zwolennikiem cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego, zwłaszcza, że przyczyniało się do tego wiele okoliczności ubocznych, o których pomówię poniżej.

Matki

	Czyste				Podejrzane				Zakażone				Razem			
	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	Śmiertelność od zabiegu niezal.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	Śmiertelność od zabiegu niezal.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	Śmiertelność od zabiegu niezal.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	Śmiertelność od zabiegu niezal.	Śmiertelność Razem
I.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
III.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
V.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
I. III. V.	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—
II.	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	9	—	1	1
I. II. III. V.	11	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	1	14	—	1	1
Sectio caesarea classica	15	2	1	3	3	—	—	—	4	1	—	1	22	3	1	4

Płody

	Czyste				Podejrzane				Zakażone				Razem			
	Ilość	Śmiertelność przed. operac.	Śmiertelność podcz. operac.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność przed. operac.	Śmiertelność podcz. operac.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność przed operac.	Śmiertelność podcz. operac.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność przed operac.	Śmiertelność podcz. operac.	Śmiertelność Razem
I.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
III.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
V.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
I. III. V.	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—
II.	7	1	—	1	—	—	—	—	2	1	—	1	9	2	—	2
I. II. III. V.	11	1	—	1	—	—	—	—	3	1	—	1	14	2	—	2
Sectio caesarea classica	15	—	—	—	3	1	—	1	4	—	—	—	22	1	—	1

Odporność otrzewnej i rany zewnątrzotrzewnej.

Nie same cyfry oświetlają wyniki danej operacyi. Brać trzeba na uwagę także spostrzeżenia, czasami nie dające się ująć w ramy liczb, oparte na większych doświadczeniach i ścisłem rozumowaniu. Kilka takich pytań nasuwa się i tutaj na myśl. Jako pierwsze przytoczę pytanie, stanowiące dziś kość niezgody, a odnoszące się do kwestyi, co jest niebezpieczniejsze: zakażenie otrzewnej, czy też rany zewnątrzotrzewnej. Lekarze twierdzący, że zakażenie otrzewnej jest jednem z najgroźniejszych powikłań, przytaczają jako argument fakt, że nawet ciężkie zakażenia ropne przyranne, znane w chirurgii, goją się po utorowaniu drogi dla odpływu ropy, co w sprawach otrzewnych nie następuje. Przeciwnicy tego kierunku wygłaszają zasadę, że jest rzeczą ogólnie znaną, iż zapalenie otrzewnej groźne dla życia występuje tylko przy wprowadzeniu wielkiej ilości drobnoustrojów, albo też bardzo jadowitych. Opierają się oni głównie na doświadczeniach Bardelebena, który stwierdził, że zwierzęta dostają ropni po wstrzyknięciu podskórnem 0·1 cm³ danej hodowli paciorkowców, a znoszą bez odczynu wśródotrzewne wstrzyknięcie 5 cm³ tej samej hodowli.

Doświadczenia powyższe dowodzą bez żadnej wątpliwości, że tkanka łączna podskórna rzeczywiście jest wrażliwsza na jady drobnoustrojów, nie rozwiązują jednak bynajmniej pytania, coby się stało, gdyby rzeczywiście wstrzyknąć wśródotrzewnie dawkę, wywołującą zapalenie otrzewnej i taką samą dawkę podskórnie. Jest jeszcze wątpliwem, czy i które z tych dwóch zwierząt dałoby się utrzymać przy życiu, a dalej, czy wyniki takie, uzyskane na zwierzętach, można przenieść bez zastrzeżeń na ludzi. Nadto jeszcze zważyć się musi, że w postępowaniu klinicznem w przypadkach, gdzie przychodzi do zakażenia, nie chodzi właściwie o to, gdzie łatwiej do niego przyjdzie, ale o to, jaki będzie jego przebieg i jakie stworzy niebezpieczeństwo dla chorej. Jak dawniej obawiano się obrażenia otrzewnej w tym stopniu, że jej skaleczenie najdrobniejsze uważane już było za uszkodzenie bezwzględnie śmiertelne, tak dziś wielu autorów uważa otrzewnę za jakąś błonę nieczułą na nic, z którą można robić, co się komu podoba. I jedno i drugie zapatrywanie, jako zdania skrajne, nie mają i nie mogą mieć racyi. Coraz to więcej operatorów ostrzega przed lekceważeniem obrażenia otrzewnej, a wyrazem tego jest bez osłonek wygłoszone zdanie Stöckla, który, stwierdzając, że przesadza się dzisiaj siłę odporności otrzewnej, powiada: »Ich kann diese Auffassung nicht teilen, und finde, dass die Schutzkraft des Peritoneums zu einem Schlagwort geworden ist, mit dem Missbrauch getrieben wird«. Dodaje przytem zupełnie słusznie, że podczas ciąży siła odporności otrzewnej jest często zmniejszona, a jadowitość drobnoustrojów pochwowych zwiększona.

Większa stosunkowo odporność otrzewnej mogłaby odgrywać rolę w porównaniu do mniejszej odporności rany zewnątrzotrzewnej tylko w takim przypadku, w którym ilość czy jakość materyału zakaźnego wywoływałaby zakażenie rany, a nie zdołała wywołać zakażenia otrzewnej Tam bowiem, gdzie i jedno i drugie zakażenie musiałoby przyjść do skutku i gdzie z jednej strony powstaje rozlane ogólne ropne zapalenie otrzewnej, z drugiej zropienie choćby całej okolicy rany, nie ma porównania. Pierwsze według dzisiejszego stanu nauki prawie musi się skończyć śmiercią, z drugiego w wielu przypadkach wyjście jest możliwe.

Zwolennicy operacyi wśródotrzewnej przytaczają fakta, że prawie zawsze przy cięciu cesarskiem chodzi o zakażenie drobną ilością bakteryi, z którą otrzewna daje sobie radę bez śladu, rana zaś zewnątrzotrzewna ulega zropieniu. Wydaje mi się, że zdanie to nie jest słuszne, gdyż ważniejsze i nie będące już w naszych rękach jest zakażenie następowe, rozwijające się w czas jakiś po operacyi. Źródło tego zakażenia i drogi, któremi przychodzi do niego, określa bardzo wyraźnie Henkel. Stwierdza on, że nawet w przypadkach czystych, gdzie wnętrze macicy jest podczas zabiegu jałowe, już w następującym dniu pełne jest drobnoustrojów, które dostały się tu od strony pochwy, Szew chirurgiczny, choćby był niewiem jak ścisły, i choćby użyto tylko katgutu, który nie przewodzi płynów, nie może stanowić zapory dla przejścia drobnoustrojów. Przy małej ich ilości przeszkodzą temu świeże zlepy rany, przy większej część przecież przejdzie, wywołując zakażenie sąsiednich tkanek. Jeżeli tą sąsiednią tkanką jest rana zewnątrzotrzewna, przyjść może i przychodzi rzeczywiście do zmian zapalnych, lub nawet do ropienia. Jeżeli jest nią otrzewna, zakażenie ją objąć musi. Pomimo wyrażonego dziś przekonania o większej odporności otrzewnej, jej główna obrona polega na szybkiem wytwarzaniu zlepów i zrostów, które ograniczają miejsce zakażone i dają ustrojowi czas do uporania się z bakteryami. Nie jest to jednak przejście sprawy bez śladu, ale tylko ograniczenie jej i wyleczenie samoistne, ślad zaś jego istnienia pozostać musi w pewnych zmianach, jakie spostrzegać można w przebiegu pooperacyjnym. Chcąc sądzić bezstronnie i wyłączać wszelkie zapatrywania podmiotowe, mogące być wyrazem rozmaitych względów ubocznych, kierować się trzeba obserwacyą bezwzględną, a taką jest przedewszystkiem mierzenie ciepłoty. Jeżeli się zważy, że Küstner na 58 przypadków czystych cięcia cesarskiego klasycznego wykazuje 27 gorączkujących po operacyi do 38° i wyżej, to stanie się jasnem, że zadrażnienie miejscowe otrzewnej nawet w takich przypadkach czystych jest faktem bardzo częstym. Zadrażnienie zaś takie wywołać musi zrosty, bynajmniej nie obojętne dla późniejszego zdrowia pacyentki. I rzeczywiście. Jeżeli się ma sposobność otwierania jamy brzusznej w jakiś czas po cięciu cesarskiem, to można napotkać rozległe zrosty otrzewne, nawet w przypadkach takich, w których poprzedni przebieg pooperacyjny wykluczał wszelkie zarzuty.

Gdyby się chciało powyższe stosunki przenieść na cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne, powinno w niem przyjść do zakażenia rany przeszło w połowie przypadków czystych, nie mówiąc o podejrzanych i zakażonych, w których, jak to wykazałem powyżej, zwiększa się bardzo znacznie śmiertelność ze względu na zajęcie otrzewnej. Naturalnie częstość i rozległość zrostów musi iść co najmniej równomiernie z cyframi śmiertelności.

Ponieważ w opisie przypadków niezbyt często znaleść można daty, odnoszące się do gojenia się rany, nie mogę

przytoczyć cyfr ścisłych, zamiast nich jednak podaję opinię Bumma z najnowszych czasów, bo z połowy marca roku 1911, z którą się najzupełniej zgadzam, a która brzmi: »Eiterungen der Wunden haben wir übrigens in allen Fällen gesehen, wo das Fruchtwasser zur Zeit der Operation bereits zersetzt war und erhöhte Temperatur bei den Kreissenden bestand und zwar war es gleichgültig, ob man nach oben oder unten drainirt hatte. Die Fälle betrugen nicht ganz ein drittel der Gesammtzahl, während bei den aseptischen Gebärenden eine primäre Verheilung der gesammten Wunde die Regel bildete». Sądzę, że powyższe słowa wystarczą do odparcia zarzutu, jakoby przychodziło do ropienia rany w przypadkach, w których otrzewna zniosłaby zakażenie bez śladu.

Wyłuszczone powyżej dowody i zapatrywania stwierdzają, że rzeczywiście słuszne jest zdanie Stöckla o przesadzaniu odporności otrzewnej na zakażenie i stwierdzają że równie dobrze w niej, jak i w ranie zewnątrzotrzewnej nie musi przyjść do zakażenia, choć pewna ilość drobnoustrojów dostanie się do rany i że w przypadkach innych ani jedna ani druga nie chroni od zakażenia i jego następstw. Różnice między niemi obiema leżą raczej nie w możności powstania zakażenia, ale w jego przebiegu. I tak: rana otrzewna czysta goi się doraźnie, nie wywołując żadnego odczynu i żadnych powikłań w sąsiednich tkankach, zakażona w nieznacznym stopniu sprowadza ograniczone zapalenie otrzewnej, które otorbia się szybko, pozostawiając po sobie zrosty, dotyczące zazwyczaj tylko najbliższego sąsiedztwa, jednak nieobliczalne w swej jakości, ilości i rozmieszczeniu, zakażona w wyższym stopniu daje punkt wyjścia rozlanemu zapaleniu otrzewnej. Rana w tkance zewnątrzotrzewnej czysta goi się doraźnie tak samo jak otrzewna, zakażona w małym stopniu powoduje nacieki zapalne i ewentualne rozejście się szwów z powodu ropienia, zakażona zaś w wysokim stopniu spowodować może rozległe nacieki ropne, będące czasem punktem wyjścia ogólnej ropnicy. Porównanie obu tych przebiegów niema znaczenia dla przypadków czystych. Nieco inaczej przedstawią się rzecz w przypadkach podejrzanych i zakażonych. Rany ropiejące, wśród- czy zewnątrzotrzewne, o ile się goją, mogą wprawdzie przedłużyć chorobę i zużyć więcej sił pacyentki, nie grożą jednak bezpośrednio śmiercią. Po takich ranach pozostają blizny i zrosty, nad którymi wypada się zastanowić.

Blizny pooperacyjne.

Co do blizn, to na plan pierwszy wysuwa się sprawa ich wytrzymałości. Jest rzeczą ogólnie znaną, że blizny, nie powstałe przez zgojenie doraźne, są znacznie grubsze i znacznie łatwiej, aniżeli tamte, ulegają rozciągnięciu, lub pękają przy zbytniem napięciu. O ile to dotyczy cięcia cesarskiego klasycznego, wiemy już dzisiaj wobec bardzo znacznej liczby przypadków operowanych, że rozciągnięcie takie i znaczne ścieńczenie wykazać można w wielu razach badaniem bezpośredniem przy otwarciu jamy macicy, po dawniej przebytem cięciu cesarskiem klasycznem. Ponieważ w przypadkach innych badanie takie nie może nawet wykazać miejsca blizny, nasuwa się na myśl przypuszczenie bardzo prawdopodobne, że ścieńczenia i rozciągnięcia odnoszą się właśnie do tych przypadków, w których gojenie się rany było powikłane, a że przypadki takie bynajmniej nie należą do rzadkości, dowodzą spostrzeżenia Küstnera, przytoczone powyżej. Taksamo nie mało już mamy przypadków pęknięcia blizny pooperacyjnej w trzonie macicy — podczas następnej ciąży.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa co do cięcia cesarskiego szyjnego. Rozciągnięcie samo i osłabienie tej blizny właściwie nie wchodzi w rachubę. Dolny odcinek bowiem w okresie poza ciążą według jednych prawie nie istnieje, według drugich zaś schodzi do tak małych rozmiarów, że sam przez się nie odgrywa żadnej roli, zwłaszcza, że od strony wnętrza macicy nie grozi mu żaden ucisk, wystawiający na próbę jego wytrzymałość. Co się dzieje z raną w tej części w okresie pozaciążowym, nikt nie wie, dotychczas bowiem nikt jej nie widział przy otwarciu macicy nieciężarnej, a przynajmniej nikt tego nie podał do wiadomości. Pod tym względem zostaje więc wolne pole do przypuszczeń, nieograniczonych żadnemi spostrzeżeniami. W początkach ciąży odcinek dolny także nie wchodzi w grę; rosnące jaje płodowe naciska na jego ścianę znacznie później, niż na ścianę trzonu macicy i stąd nacisk ten, trwający znacznie krócej, musi mieć mniejsze znaczenie. Z drugiej jednak strony ścieńczenie ściany dolnego odcinka jest większe, wskutek czego możliwość rozciągnięcia i pękania więcej w grę wchodzić może. Rozciągnięcie samo jako takie, choćby nawet miało być w bliźnie znacznego stopnia, nie będzie odgrywać roli, blizna leży bowiem w części rozciągniętej i tak ad maximum. Czy będzie większe czy mniejsze, jest dla ciąży i porodu rzeczą obojętną. Co do jego istnienia w tym czasie, stosunki są mniej więcej te same, co w bliznach po cięciu cesarskiem klasycznem. Tak tu, jak i tam, wyczuwa się czasem bliznę, w innych zaś razach nie czuć jej zupełnie.

Co do pękania blizny można było żywić obawę, że miejsce jej, napięte bardzo silnie podczas porodu, będzie niebezpieczne, zwłaszcza wobec faktu, że w przypadkach zaniedbanych pękają ściany dolnego odcinka nawet nigdy nieruszanego. Obawę tę podniosłem w mojej pierwszej publikacyi, podniosło ją i wielu innych autorów, z dotychczasowych jednak spostrzeżeń okazała się płonną. Wobec krótkiego czasu, w którym wykonuje się operacyę cięcia cesarskiego nadłonowego, nie wiele jeszcze znamy przypadków porodów następowych po tym zabiegu, przebiegających samoistnie lub też znowu sztucznie i stąd nie można dziś jeszcze wygłaszać zdań apodyktycznych, choć jest wielkie prawdopodobieństwo, że i dalsze czasy nie zmienią dzisiejszego stanu rzeczy. Do 28 odnośnych przypadków, które ogłoszono w piśmiennictwie, a które są podstawą do ocenienia pękania blizny po cięciu cesarskiem szyjnem, chciałbym tu dodać opis jednego, który miałem sposobność spostrzegać.

L. p. 753, 1908/9. M. S., 31-letnia żona rolnika z Petrykowa, przyjęta 19 czerwca 1909. Rodziła raz 6 lipca 1908 w Morawskiej Ostrawie, gdzie wykonano cięcie cesarskie. Według odpisu historyi choroby, udzielonego mi łaskawie z tamtejszego szpitala, operowano w porodzie już zaniedbanym, przy dość znacznem przedgłowiu. W cięciu w linii środkowej, sięgającem od pępka do spojenia łonowego, otwarto jamę brzuszną, odsunięto załamek otrzewnej ze ściany szyi macicy, przecięto ją w linii środkowej i zeszyto brzegi otrzewnej ściennej i macicznej, tak, że wła-

ściwa jama otrzewnej została zupełnie wykluczona. Po przecięciu podłużnem dolnego odcinka wydobyto donoszony, żywy płód, który jednak wkrótce po operacyi umarł. Rana zgoiła się doraźnie.

Obecnie podawała ciężarna, że ostatni peryod miała z końcem października lub z początkiem listopada 1908, ruchy zaś poczuła 1. marca 1909 r. Badanie wykazało: Osoba licho zbudowana, miernie odżywiona, ze zdrowymi narządami klatki piersiowej; na brzuchu blizna pooperacyjna, szeroka na palec, sięgająca od pępka do spojenia. Macica sięga na 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. W niej płód żywy, w położeniu czaszkowem I. nieustalonem. Część pochwowa długości członka palca. Ujście zamknięte. Miednica kręgozmykowa z wyraźnie wyczuwalnym podwójnym wzgórkiem kości krzyżowej. Jej wymiary wynoszą:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	28 »
D. troch.	31 »
C. ext.	17 »
C. diag.	9 »
C. vera (Bylicki)	7 »

Pacyentkę pomieszczono na oddziale ciężarnych, gdzie 2. sierpnia o godz. 2. rano dostała bolów porodowych. Ukrywała się z tem aż do 2. popołudniu. Badanie w tym czasie wykazało ujście zupełnie rozwarte przy utrzymanym pęcherzu płodowym i nieustalonem położeniu. Wobec kategorycznego żądania żywego płodu przystąpiono do operacyi (Dr Daum). W spokojnem uśpieniu chloroformowem w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm^3 rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie w linii środkowej, zaczynając na 3 palce poniżej pępka, a kończąc tuż nad spojeniem łonowem, przyczem wycięto starą bliznę skórną. Pod skórą natrafia się kilka szwów drucianych; po ich usunięciu i bardzo mozolnem rozpreparowaniu powięzi i zbliznowaciałych mięśni dochodzi się do pęcherza, który, przesunięty i przyrośnięty po stronie lewej, wystercza ledwie na palec nad spojenie łonowe. Załamek otrzewnej, pokrywający pęcherz na bardzo drobnej przestrzeni, sięga głęboko i jest bliznowato zrośnięty z całą szyją macicy. Wobec tego zrostu i wobec zbliznowacenia tkanek okołopęcherzowych, wykonanie cięcia zewnątrzotrzewnego nie jest możliwe, nacinanie zaś powtórne szyi przy operacyi przezotrzewnej wydaje się nieodpowiednie. Przedłużono więc cięcie ku górze, otwarto jamę otrzewnej i wytoczono macicę przed powłoki brzuszne. Na jej przedniej ścianie widać rozległe zrosty otrzewne ze ścianą brzuszną, sięgające aż na 2 palce powyżej pierścienia skurczowego. Według sposobu Fritscha nacięto macicę poprzecznie w dnie i wydobyto płód, a zaraz za nim ręcznie łożysko. Obmacanie przy tej sposobności przedniej ściany szyi i dolnego odcinka wykazuje niewyraźne ścieńczenie ściany w linii środkowej, którego nie można ściśle odgraniczyć. Ranę maciczną połączono szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, poczem wycięto oba jajowody i po zapuszczeniu macicy zamknięto jamę brzuszną. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zgojona doraźnie. 23. sierpnia wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu, z macicą dobrze zwiniętą, przyrośniętą przednią ścianą szyi do powłok brzusznych.

Płód żywy, donoszony, wagi 2970 gram. długości 51 cm., utrzymano przy życiu.

Szczegółowy przegląd wszystkich 29 dotąd ogłoszonych przypadków (który tu pomijam[1]), świadczy, że jak dotąd nie ma poważniejszych podstaw do obawy o pękanie blizny po cięciu cesarskiem szyjnem.

Zrosty.

Dalszą sprawą, konieczną do omówienia, są zrosty przyranne, mogące powstać po jednej i po drugiej operacyi. I tu i tam mogą one nie wywoływać żadnych dolegliwości. O ile stwarzają jakie lub o ile dać mogą powód o jakichkolwiek późniejszych powikłań, obchodzić nas muszą. Nie można postawić żadnego typu dla zrostów śródotrzewnych, gdyż zależą one w pierwszej linii od miejsca zrośnięcia i od narządów, które łączą ze sobą. Począwszy od zwykłego unieruchomienia macicy, skończywszy na skrętach lub zadzierzgnięciu jelit, spowodowanych zrostami postronkowatymi, dawać one mogą cały szereg powikłań, występujących bądź samoistnie, bądź na tle innych chorób toczących się obok. Tem większego nabierają one znaczenia, jeżeli się zważy, że wśród zrostów otrzewnych bardzo często przez długi czas pozostają ogniska zagęszczonej ropy. Zrosty zewnątrzotrzewne nie są wprawdzie bez znaczenia, nie mogą jednak nigdy odgrywać ważniejszej roli. Powstałe po ranie otwartej, gojącej się wśród wolnego odpływu płynów, składają się wyłącznie z tkanki bliznowatej i raz wytworzone nie dają już więcej powodu do budzenia się sprawy zapalnej z letargu, pomieszczone zaś wśród tkanki łącznej zdala od narządów jamy brzusznej, nie mogą także na stan ich wpływać. Jedynem ich następstwem mogą być przemieszczenia narządów miednicy małej, w szczególności zaś pęcherza i macicy. To pierwsze, jak wiemy z licznych spostrzeżeń, zaczerpniętych z dziedziny chirurgii, prawie żadnego nie ma znaczenia dla podmiotowej oceny zdrowia, drugie sprawiać może i sprawia czasami tyłozgięcia macicy, spowodowane ustaleniem przedniej ściany szyi, a dające powód do leczenia, czasem nawet operacyjnego. Badania Sigwarta dziesięciu pacyentek po cięciu cesarskiem szyjnem, wykazały u sześciu z nich tyłozgięcie macicy, a więc przeszło w połowie przypadków. Badania innych wykazują następstw takich o wiele mniej. — Gdyby jednak rzecz nawet tak się miała, to przecież odpowiadałoby to tylko częstości powikłań przyrannych, powstających w przypadkach czystych cięcia cesarskiego klasycznego według obliczeń Henkla, nie byłoby więc niczem dziwnem wobec faktu, że cięcie nadłonowe robiono nietylko w przypadkach czystych, lecz także w podejrzanych i zakażonych. W przypadkach podejrzanych lub zakażonych nie powinno się i tak wykonywać cięcia cesarskiego klasycznego, przy wykonaniu zaś cięcia zewnątrzotrzewnego uratowane życie płodu znaczy chyba więcej, niż następowe tyłozgięcie macicy, tak częste i po porodach prawidłowych.

O ile poucza mnie własne doświadczenie, sprawa powstawania zrostów wiąże się ściśle z przebiegiem samej operacyi; powstają one tam, gdzie rana goi się następowo z powodu zropienia lub też z powodu pierwotnego sączkowania.

W przypadkach, gdzie gazy nie zakładano i gdzie pęcherz umocowano we właściwem miejscu, on sam, wchodząc między macicę a powłoki brzuszne, nie pozwala na wytworzenie się zrostu z powłokami i na powikłania następowe.

[1]) Zestawienie to pomieszczam w wydawnictwie: »Obrady sekcyi ginekol. XI. Zjazdu«.

Opierając się na tem, należy dążyć do niesączkowania rany, gdzie to tylko jest możliwe.

Zestawiając razem wszystkie powyższe dane, dochodzę do następujących wyników:

1) Przy ranie niezakażonej powstaje idealna blizna bez znaczenia dla narządów sąsiednich, najprawdopodobniej wytrzymała dostatecznie, i to tak przy cięciu wśród- jak i zewnątrzotrzewnem.

2) Przy zakażeniu rany nieznacznego stopnia powstają przy cięciu wśródotrzewnem zrosty na tle miejscowego zapalenia otrzewnej, zrosty zupełnie nieobliczalne tak co do siedziby, jak co do powikłań następowych, przy cięciu zaś zewnątrzotrzewnem zapalne nacieki, rozchodzące się bez śladu, albo zropienie rany, zgojenie się jej późniejsze i zrosty, mogące wywołać co najwyżej tyłozgięcie macicy.

3) Przy zakażeniu rany wysokiego stopnia powstaje po cięciu wśródotrzewnem rozlane zapalenie otrzewnej, prawie bez wyjątku wiodące do śmierci, przy cięciu zewnątrzotrzewnem zaś rozległe ropienie, które może wprawdzie wyjątkowo prowadzić do śmiertelnej ropnicy, które jednak zazwyczaj goi się wśród zmian miejscowych.

Przepukliny.

Co do blizny pooperacyjnej uwzględnić jeszcze należy sprawę następowych przepuklin, świadczącą także na niekorzyść cięcia cesarskiego klasycznego. Choć dzisiaj wielu autorów twierdzi, że w razie doraźnego gojenia się rany brzusznej przepukliny wogóle się nie tworzą, to przecież statystyki wykazują pewien ich procent. Po cięciu zewnątrzotrzewnem i po zeszyciu mięśni prostych w linii środkowej najlepiej właśnie w dole rozwiniętych, trudno sobie nawet wyobrazić powstanie przepukliny i nikt o niej rzeczywiście nie wspomina. Tembardziej odnosi się to do przypadków, w których operowano poprzecznem cięciem Pfannenstiela. Ba, nawet nie spotkałem nigdzie wzmianki o następowych przepuklinach po zropieniu rany zewnątrzotrzewnej, co przecież przy cięciu cesarskiem klasycznem jest na porządku dziennym.

Zagadnienia ogólne.

Wyniki powyżej podane pozwalają już odpowiedzieć na zasadnicze pytania, czy cięcie cesarskie nadłonowe ma wogóle racyę bytu. Jak to powyżej przedstawiłem, miało ono pierwotnie uzupełnić lukę w naszem postępowaniu i było przeznaczone dla przypadków zakażonych. Wprawdzie wyniki jego są tu rzeczywiście lepsze od wyników cięcia cesarskiego klasycznego (14·66% : 35·4%), jednak wyniki te przy cięciu szyjnem wśród- i zewnątrzotrzewnem są prawie równe (15·63% : 13·46%) i wogóle jeszcze tak niekorzystne, że nie usprawiedliwiają stosowania cięcia cesarskiego w jakiejkolwiek postaci w przypadkach zakażonych. Jeżeliby jednak pomimo to chciał kto wziąć na siebie odpowiedzialność operacyjną w takich przypadkach, powinien operować zewnątrzotrzewnie, gdyż to daje jeszcze najlepsze szanse.

Przypadki czyste, jak większość autorów dziś twierdzi, nadawać się mają równie dobrze do cięcia cesarskiego klasycznego i nadłonowego. Zestawienie moje wykazuje jednak mylność tego zapatrywania. Różnica śmiertelności między cyfrą 4·3% — 4·7%, stwierdzona przez Routha dla cięcia cesarskiego klasycznego, a utrzymującą się mniej więcej dla wszystkich większych zestawień, obejmujących zbiorowo przypadki różnych autorów i 2·05% odnośnie do cięcia nadłonowego, zanadto przecież bije w oczy, aby można uważać te obustronne wyniki za równe. Następstwem tego musi być przekonanie, że i w przypadkach czystych należy zerwać ze starym sposobem postępowania, a wprowadzić nowy. Jeżeli się zaś uwzględni poważną różnicę śmiertelności między cięciem przezotrzewnem, a zewnątrzotrzewnem (3·05%—0·78%), to stanie się jasnem, że dla zbliżenia się do ideału powinno się zdążać do wykonywania zasadniczo cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego.

Pozostała grupa przypadków podejrzanych zachowuje się podobnie, jak poprzednio, jest jednak o tyle ważniejsza, że według wygłaszanych dziś zapatrywań przypadki te nie nadają się już do cięcia cesarskiego klasycznego. I słusznie. 9·4% śmiertelności, to przecież za dużo dla operacyi, wykonywanej ze względu na życie płodu, bez której przeważnie matka mogłaby się obejść. Tembardziej, że i za to życie płodu nie można bezwzględnie ręczyć. Nieco odmiennie przedstawia się rzecz przy cięciu nadłonowem. Jego 7·86% śmiertelności mogłoby już skusić do przedsiębrania operacyi, a jeżeli się zważy, że cięcie zewnątrzotrzewne daje tej śmiertelności tylko 5·08%, to cyfra ta, zbliżona już bardzo do wyników cięcia cesarskiego klasycznego w przypadkach czystych, pozwala zalecić z czystem sumieniem zabieg dla przypadków podejrzanych.

Zbierając razem wszystkie powyższe dane, będące wynikiem mego zestawienia, dochodzi się do wniosku, że 1) w przypadkach czystych wskazane jest cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne, wolno jednak w razie odmiennych zapatrywań pozostać przy dawnem cięciu klasycznem lub przy szyjnem przezotrzewnem.

2) W przypadkach podejrzanych nie powinno się robić cięcia cesarskiego wśródotrzewnego żadnym sposobem, natomiast zewnątrzotrzewne jest jeszcze w całej pełni dozwolone.

3) Przypadki zakażone nie nadają się wogóle do cięcia cesarskiego.

Sądzę, że te wywody dostatecznie odpierają zarzut Rotha, jakoby zewnątrzotrzewne cięcie cesarskie nie było postępem i stwierdzają, że mało która operacya okazała się tak dobrą i przydatną, jak właśnie ono.

Opierając się na danych przytoczonych muszę jako tezę postawić żądanie wykonywania cięcia cesarskiego zawsze zewnątrzotrzewnie. Wobec rozmaitych stosunków topograficznych miednicy małej podczas ciąży i podczas porodu, wobec niepowodzeń wielu pierwszorzędnych operatorów, zachodzi jednak pytanie, czy wykonanie cięcia zewnątrzotrzewnie jest wogóle w każdym przypadku możliwe i czy można przystępując do operacyi być pewnym, że zabieg się uda. Na podstawie mego osobistego przekonania, nabytego w powyżej opisanych przypadkach, w których stosunki topograficzne były jak najrozmaitsze, przychylić się muszę do zdania Stöckla, który, opisując metodę Latzki, powiada: »Führt man sie richtig und mit der nöthigen Vorsicht aus, so gelingt es nicht nur in allen Phasen der Geburt, sondern auch am Ende der Schwangerschaft, Blase und

Bauchfell stets so abzuschieben, dass das Bauchfell intakt bleibt«. Dodaje dalej, że wprawdzie zdarzają się naddarcia otrzewnej, lecz te należy uważać za błędy techniki, polegające na zamałem cięciu lub brutalnem chwytaniu otrzewnej. Z mej strony dodałbym tylko, że pęknięcia takie są tem rzadsze, im więcej się operowało, i że cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne wymaga osobnej wprawy, zanim się bezwzględnie opanuje technikę.

Chciałbym jeszcze słów kilka dodać dla odparcia zarzutu, jakoby technika cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego była daleko trudniejsza od postępowania typowego, określonego we wszystkich szczegółach przy cięciu klasycznem. Trudność cała polega na nieznajomości topografii narządów miednicy małej, rzeczywiście dosyć trudnej w porównaniu do stosunków, znajdowanych w niezmienionej jamie brzusznej. Jeżeli się jednak zechce topografii tej nauczyć, wtedy technika wykonania cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego żadnych nie sprawi trudności. Sposób Latzki jest tak ujęty w ścisłe ramy i tak opracowany we wszystkich szezegółach, że pod względem typowości nie różni się niczem od cięcia cesarskiego klasycznego i pozwala, że tak powiem, na prawie mechaniczne wykonywanie poszczególnych części operacyi, następujących po sobie.

Jako ostateczny wynik stwierdzam więc, że w każdym przypadku nadającym się do cięcia cesarskiego, należy operować zewnątrzotrzewnie i że przeprowadzenie tego jest możliwe. Jak od każdej reguły, tak i tu są przecież wyjątki, w których pozostać musi dawne cięcie cesarskie klasyczne, a to ze względu na to, że wydobycie płodu z jamy macicy, licząc od początku operacyi, trwa przy niem króciej, niż przy cięciu zewnątrzotrzewnem. Są to przypadki, w których chodzi o ratowanie płodu już obumierającego, bez względu na matkę, a więc w jej agonii lub tuż po jej śmierci. Dalej należeć tu muszą przypadki, w których istnieją jakieś atypowe stosunki, nie dozwalające na cięcie zewnątrzotrzewne, jak n. p. owrzodzenia lub ropienia skóry w odnośnem miejscu, rozległe zbliznowacenia po dawniej przebytych chorobach, nowotwory, rozwijające się przed szyją macicy lub w niej samej i inne podobne, nieobliczalne przypadki. Jak one są rzadkie, dowodzi fakt, że w całem dotychczasowem piśmiennictwie nie znalazłem przypadku, w którym zamierzone cięcie zewnątrzotrzewne nie dało się przeprowadzić, cięcie przezotrzewne szyjne nie było także możliwe i w którym musiano dokończyć operacyi sposobem klasycznym. Że jednak zdarzyć się to może, świadczy przypadek z mej własnej praktyki, który chciałbym tu opisać.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dermatologische Studien. Tom II. Wydawnictwo poświęcone Prof. P. G. Unnie przez przyjaciół i uczniów. Hamburg, L. Voss. 1911.

Abel R. **O obowiązku szczepienia i ochronie przed ospą.**

Aschoff L. **O stłuszczeniu cholesterynowem u człowieka.** A. doszedł już dawniej do wniosku, że wszystkie stłuszczenia narządów mogą być dwojakie (Glyzerinester-u. Cholesterinesterverfettung). Cholesterynowe stłuszczenie obejmuje większość wszystkich zaburzeń w przemianie lipoidów (myeline Degeneration, Protagondegeneration i t. p.). Autor omawia głównie przemianę w kępkach żółtych (xanthoma) i stwierdza, że po badaniach Picka, Pinkusa i innych nie można wątpić, iż komórki kępek (Xanthomzellen) nie są niczem innem, jak komórkami tkanki łącznej lub naskórka, zawierającemi cholesterynę. Kępki na powiekach są zmianą miejscową, w której komórki tkanki łącznej wydzielają estry kwasu tłuszczowego cholesteryny, uogólniające się zaś żółte kępki są następstwem obecności cholesteryny we krwi, wiodącej do złożenia estrów cholesteryny w komórkach skóry.

Broers I. **Niezwykły przypadek liszaja czerwonego.** Liszaj ten, na goleniach, należał do postaci brodawkowej bez wybitnych znamiennych znaków.

Notthafft. **Lichen atypicus.** Autor opisuje u dwu młodych kobiet guzkowate wysypki, których nie można było podciągnąć pod żadną znaną postać liszaja czerwonego i które opierały się leczeniu. Badanie histologiczne wykazało także pewne różnice tak, że w całości należały te wykwity do nieznanego typu chorobowego, dla którego za najodpowiedniejszą uważa autor nazwę: »lichen simplex chronicus«.

Nonne M. **Wczesne rozpoznanie niedołęstwa poraźnego.** W przypadkach typowych tego cierpienia rozpoznanie jest zazwyczaj łatwe, ale wiadomo, że przypadki nietypowe są częstsze, podobnie jak niezupełne obrazy wiądu rdzenia. W praktyce trzeba przedewszystkiem uważać zmiany w źrenicach obok objawów ze strony układu nerwowego przy kile w wywiadach za bardzo podejrzane. Przytem autor zwraca uwagę na cztery odczyny: badanie limfocytów w płynie mózgowordzeniowym, powiększenie globulin i odczyn Wassermanna, tak w tymże płynie, jak i we krwi. N. dochodzi zatem do wniosku, że odczyny powyższe potwierdzić mogą rozpoznanie w przypadkach wątpliwych, co jest wielkim postępem.

Dalla Favera. **O t. zw. botryomycosis u ludzi.**

Rausch. **O przyrządzie ssąco-przepłukującym w leczeniu wiewióra przewlekłego.** Opis przyrządu, który wciąga wydzielinę z cewki i jej gruczołów, a zarazem służy do przepłukiwania przewodu cewkowego.

Much H. **Co uzyskano dotąd przez odkrycie postaci ziarenkowej prątka gruźliczego?** Niektórym autorom (Weiss, Doutrelepont i Krüger) udało się wykazać tę postać zarazka gruźliczego we wszystkich przez nich badanych przypadkach toczenia, najczęściej w postaci ziarn Mucha. Obecnie zależy na tem, aby znaleść je także w t. zw. tuberkulidach, które przeszczepione na zwierzęta, nie wywołują gruźlicy. Doutrelepont odnosi tę niemożność przeszczepiania do małej ilości zarazka; Much zaś sądzi, że tłomaczenie to nie jest wystarczające i że przyczyną jest raczej osłabiony zarazek, a ziarna, znajdowane w takich przypadkach, mogą pochodzić z prątków gruźliczych, ale mogą być obumarłe.

Urban G. **O doszczętnem leczeniu toczenia.** Autor przemawia za leczeniem chirurgicznem toczenia, t. j. wycięciem ogniska i plastycznem pokryciem ubytku. Ze względu jednak na to, że w wielu przypadkach leczenie takie jest niemożliwe, zaleca obok tego żegadło Paquelina.

Karo W. **Leczenie swoiste gruźlicy nerek.** Autor robił doświadczenia w gruźliczych schorzeniach dróg moczowych z wstrzykiwaniem tuberkuliny i podawaniem istniejących od niedawna przetworów tuberkulinowych (tubertoksyl, tubertoksyl-duodenal, tuberkinin) wewnętrznie. Na mocy 11 przypadków twierdzi, że przed zabiegiem chirurgicznym powinno się próbować powyższego leczenia swoistego, które daje nierzadko pomyślne wyniki.

Moberg L. **Przypadek samotnego mięśniaka skóry**

Przypadek dotyczył 23-letniej kobiety, u której powstał drobny guzek na skórze uda, złożony z włókien mięsnych gładkich, odznaczający się dość znaczną bolesnością.

Wulff P. **Guz cewki moczowej u 3-letniego chłopca.** Guz wielkości wiśni znajdował się, osadzony na szypule, w tylnej części cewki moczowej i zatykał czasowo wewnętrzne ujście cewki. Usunięty drogą operacyjną, okazał w mikroskopie budowę włóknisto-mięśniakową.

Chrzelitzer O. **O ogólnem zakażeniu wiewiórowem.** Jeden przypadek autora dotyczył 25-letniego mężczyzny, u którego w 12 dni po spółkowaniu wystąpiła wysypka na skórze obok ciężkich objawów ogólnych i wysokiej gorączki. Nad koniuszkiem serca pojawił się szmer skurczowy, śledziona była powiększona, a gruczoły chłonne pachwinowe powiększone i bolesne, równocześnie zaś stwierdzono obrzęk i bolesność ścięgna Achillesa. Wysypka była w jednych miejscach pokrzywkowa, w innych plamista, a nawet drobnopęcherzykowa, na kończynach dolnych zaś w postaci rumienia guzowatego. Dwoinki Neissera wykazano nietylko w wydzielinie cewki i sterczu, ale i w ropie z gruczołów chłonnych, jakoteż w ropniu ścięgna Achillesa. Z krwi wziętej z żyły ramieniowej wyhodowano również dwoinki wiewiórowe. W drugim opisanym przypadku wiewióra przedniej i tylnej części cewki moczowej wystąpił typowy półpasiec wzdłuż nerwu kulszowego. W przebiegu następnego wiewióra u tego samego chorego pojawił się podobny objaw wzdłuż tego samego nerwu.

Prochownik L. **Czyrakowatość sromu przed miesiączką na tle wiewióra.** W 7 przypadkach czyrakowatości sromu istniała łączność tych objawów z ciężkiemi schorzeniami części rodnych wewnętrznych, gdyż po ustąpieniu pojawiały się czyraki nanowo w okresach nawrotów lub zaostrzeń. Niezwykłem było występowanie przed miesiączką i szybki rozwój czyraków głębokich.

Liesegang R. **Nieco z chemii kolloidów skóry.**

Runge i Goerbing. **Hydroliza mydeł.**

Merian L. **Znaczenie ziarn keratynowych Ernsta.** Na podstawie badań histologicznych i chemicznych dochodzi autor do wniosku, że ziarenka Ernsta i Rauscha, znalezione na komórkach zrogowaciałego naskórka, leżą najprawdopodobniej w środku komórki i są produktem rogowacenia, chociaż nie są substancyą rogową.

Bochhardt M. **Bakteryurya przy zapaleniu zaułków Skenego.**

Fürst M. **Stosunek lekarza szkolnego do zapobiegania chorobom skórnym.** Zestawiając częstość chorób skórnych u dzieci w szkołach hamburskich, zastanawia się autor nad ważnością badań i zadaniami lekarza szkolnego w tym kierunku.

Dreuw. **White spot disease czy twardziel skóry.** Autor opisuje przypadek, »white spot disease«, należący do grupy twardzieli skóry.

Cranstow Low. **Onychomycosis.** Autor opisuje 19 przypadków schorzeń paznokci na tle grzybów (trichophyton, favus). Częściej spotyka się te schorzenia u kobiet. Ważnym szczegółem w rozpoznawaniu jest pękanie wolnego brzegu paznokcia i zmieniona barwa, od żółtej aż do czarnej. Leczenie zapomocą ung. hydrarg. ammon. i jodkiem potasu obok sublimatu nie dawało dobrych wyników.

Heuss E. **O leczeniu zapomocą radu.**

Saenger A. **O zgorzeli umiarowej.** Autor opisuje jeden z rzadkich przypadków choroby Raynauda, zajmującej u 11-letniego chłopca małżowiny uszne. Badanie neurologiczne wykazało wzmożenie wszelkich odruchów. S. tłómaczy objawy tego schorzenia powstawaniem pobudzenia ośrodków naczynioruchowych w odcinkach szyjnych, w szczególności w tylnych i bocznych częściach substancyi szarej. Przez przenoszenie się podrażnienia na niezbyt odległe jądro nerwu błędnego dają się wytłomaczyć pojawiające się w przebiegu tego przypadku wymioty. W drugim przypadku, zgorzeli obu nóg, stwierdził S. rozmięknienie części krzyżowej rdzenia, sądzi zatem, że pierwotnem miejscem uszkodzenia urazowego mogła być ta część rdzenia, a w następstwie mógł powstać skurcz naczyń przez podrażnienie nerwów naczynioworuchowych, w tem miejscu istniejących.

Unna P. jun. **Mikrochemia prątków trądu.**

Franke E. **O zmianach naskórka rogówki w powierzchownych jej schorzeniach.**

Pappenheim A. **Trzy nowe metody barwienia.**

Plaut H. C. **O wykazywaniu grzybów w skórze.** Autor podaje praktyczne wskazówki przy badaniu łusek i włosów dla wykazania obecności grzybów i opis hodowania ich w wilgotnych komorach pod szkiełkiem. W dalszym ciągu wskazuje na ważne znamiona kliniczne przy rozpoznawaniu rodzaju grzyba u dzieci i u dorosłych bez badań mikroskopowych i bakteryologicznych.

Jordan A. **Przypadek samoistnego zaniku skóry.** U 53-letniej chorej wystąpiły zmiany najpierw na kończynach górnych, później i na reszcie ciała, jako następstwa działania silnego mrozu podczas dłuższej jazdy. Przypadek był i skutkiem tego niezwykły, że wystąpił zanik różnych grup mięśniowych.

Trömmer E. **Kiła nerwów we wczesnym okresie choroby.** Jeden przypadek dotyczył 21-letniego mężczyzny, który w $4^1/_2$ miesiąca po zakażeniu doznał napadu udarowego. W dwa miesiące później wykazano prawostronne porażenie z zajęciem n. twarzowego. Obok tego istniały i lekkie zboczenia psychiczne. W drugim przypadku wystąpiło zapalenie opon mózgowych jeszcze przed wybuchem wysypki drugorzędnej. Chociaż obraz chorobowy był podobny do zapalenia gruźliczego opon, to jednak przebieg i wynik leczenia dowodził, że sprawa była na tle kiły. Trzeci przypadek dotyczył wczesnego wystąpienia zapalenia nerwów (polyneuritis).

Deneke Th. **Objawy kliniczne kiłowego zapalenia tętnicy głównej** (aortitis luetica). Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi autor do wniosków następujących: 1. Odczyn Wassermanna i badanie promieniami Roentgena wykazują, że kiłowe schorzenia tętnicy głównej są częstsze, niż przypuszcza się zazwyczaj, i że stanowią jeden z najczęstszych objawów kiły późnej, wiodących do zejścia śmiertelnego. 2. Schorzenie to ujawnia się najpierw objawami niedomykalności, wiodąc później do tętniaków. 3. Więcej niż $^3/_4$ wszystkich przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej odnieść należy do kiły. 4. To schorzenie kiłowe może dotyczyć i tętnic wieńcowych, to też przeważna część przypadków dusznicy bolesnej i porażenia serca u ludzi poniżej 55. roku życia ma za przyczynę kiłę.

Rille. **O działaniu hermofenylu w kile.** Z doświadczeń z tym przetworem rtęciowym (Quecksilbernatriumphenoldisulfat) dochodzi R. do wniosku, że działanie jego jest niepewne i nietrwałe, a dawki wyższe wywołują podrażnienie nerek; dlatego sądzi, że można go stosować (0·02 pro dosi) tylko jako leczenie słabe.

Rumpel Th. **O wysypce plamistej w schorzeniach grypowych i ciężkich zakażeniach jelit.** Podczas nagminnego panowania grypy spostrzegał R. w małej ilości przypadków w 1 — 2. dniu choroby plamy, występujące wraz z obrzękiem twarzy i spojówek i przechodzące na szyję, piersi i brzuch, ramiona i uda w postaci plam nieco nad powierzchnię wyniosłych, ze skłonnością do zlewania się na całej powierzchni skóry. Wysypka trwała od 3—7 dni, czasem w końcu łuszczyła się. Podobne wysypki spostrzegał autor w jednym odsetku przypadków cholery azyatyckiej, czasem i w przypadkach cholery swojskiej, a we wszystkich przypominały one wysypki po lekach lub po wstrzykiwaniu surowic.

Walker N. **O leczeniu raków rozwiniętych na toczniu** (lupus-carcinoma). W. opisuje dużo przypadków tego rodzaju i twierdzi, że usunięcie nowotworu zabiegiem krwawym daje w tych przypadkach znaczny odsetek śmiertelności, dlatego radzi wyskrobanie, a następnie przypalenie kwasem chromowym lub kwasem arsenowym, tym drugim szczególnie wtedy, gdy nie udaje się wyskrobanie całej powierzchni.

Uhlenhuth i Mulzer. **O doświadczalnej kile u królików.** Z doświadczeń przedsiębranych na bardzo wielką skalę wynika, że uogólnienie się jadu kiłowego u królików można wywołać przez wstrzykiwanie do żył lub do serca dużej ilości materyału, zawierającego krętki kiłowe.

Fülleborn F. **Przyczynki kazuistyczne do patologii wrzodów krajów ciepłych.**

Bayet A. **Rad w dermatologii.** Bayet opisuje liczne przypadki wyprysku, łuszczycy, półpaśca, naczyniaków, brodawczaków, nabłoniaków, mięsaków, bliznowców i tocznia, leczone nowymi przyrządami (à vernis collé) z szybkim i pomyślnym wynikiem.

Jacquet i Decelle. **O wyłysieniu plackowatem na tle zboczeń zębów.** Autorowie przytaczają przypadek, który ma potwierdzać teoryę Jacqueta o łączności łysiny plackowatej ze schorzeniem zębów. Wedle autorów istnieje zbiór objawów, wywołany przez jakieś organiczne podrażnienia, wychodzące z pewnych narządów: układu nerwowego, narządu pokarmowego, oddechowego, płciowego, nosowousznogardłowego, szczególnie jednak od uzębienia. Pobudki te są wtedy chorobotwórcze i wywołują wyłysienie, gdy skóra owłosiona ma pewne usposobienie na podstawie całego szeregu stanów. Ta skłonność skóry może być wywołana przez stany ogólne, zboczenia w składzie krwi, zakażenia, wstrząsy nerwowe itp. Szczególnie silnie działa suma równoczesnych podrażnień wewnętrznych i zewnętrznych.

Darier I. **Przyczynek do badań zapaleń rumieniowych** (erythrodermie) **wyprzedzających ziarniniaka grzybiastego.** Autor opisuje różne zapalenia rumieniowe, stwierdza jednak, że tylko te zasługują na nazwę »erythrodermie prémycosique«, które okazują budowę histologiczną ziarniniaka. Rozpoznanie kliniczne jest niezawsze łatwe, gdyż niejednokrotnie pojawiają się podobne zmiany w następstwie drapania lub innych czynników urazowych, a z drugiej strony zapalenia rumieniowe wyprzedzają czasami ziarniniaka bardzo znacznie bez wyraźnych jeszcze znamion tego schorzenia.

Heller I. **Odlew czaszki Homo Aurignacensis Hauseri** w porównaniu z czaszką z Neandertal.

Blaschko. A. **O nowotworach gruczołów potnych.** Autor rozróżnia 4 typy nowotworów tego rodzaju, z których jeden u 10-letniego chłopca opisuje szczegółowo. Badanie histologiczne wykazało budowę gruczołu potnego (hidrocystoma papilliferum).

Matzenauer R. **O wrodzonych przetokach cewki moczowej.**

Ehrmann S. **Porównanie tocznia Chillblaina z toczniem** (lupus pernio) **Besnier-Tennesona.** Ta druga postać tocznia nie jest jeszcze ogólnie uznana za gruźlicę skóry, chociaż wiele za tem przemawia; — pierwsza postać stanowi przejście między t. zw. tuberkulidami, a toczniem rumieniowym (l. erythematosus).

Kümmell H. **O leczeniu operacyjnem i swoistem gruźlicy nerek i pęcherza.**

Hodara M. **O rzadkim i atypowym przypadku epidermolysis bullosa** (Köbner).

Haas i Delbanco. **O dławcu otworu stolcowego.** Autorowie opisują przypadek tego rodzaju i dochodzą na mocy badań swoich i innych autorów do wniosku, że kał, zawierający prątki błonicze, może wywołać schorzenie swoiste tej części błony śluzowej i otaczającej skóry.

Dependorf T. **O występowaniu torbieli naskórkowych w dziąsłach osesków.** Znajomość tych tworów naskórkowych ważna jest z tego względu, że, gdy dochodzi niekiedy do pęknięcia takich torbieli, można je pomieszać z pleśniawkami lub innemi sprawami wrzodziejącemi dziąseł. Z badań autora wynika, że torbiele te powstawać mogą w różny sposób, podobnie jak perły naskórka, opisane przez Epsteina w podniebieniu twardem, gdyż każde sfałdowanie naskórka w tkance łącznej, każde wgłobienie może być przyczyną tego rodzaju nowotworu.

Delbanco E. **Rak pierwotny cewki moczowej męskiej.** D. opisuje guz wielkości orzecha laskowego w części wiszącej prącia; chory szukał porady dopiero wtedy, gdy obrzękły znacznie sąsiednie gruczoły chłonne.

F. Krzyształowicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe narzędzia:

1) Chronograf (pulsometer), zegarek do dokładnego mierzenia liczby tętna. 2) Składany stetoskop Böhlera. 3) Przyrządzik Kahna z Londynu, prawie niewidoczny, do przytrzymywania odstających uszów. 4) Przyrząd do ułatwiania głębokiego oddechu firmy Loest w Duderstadt. 5) Zupełnie nie drażniące przylepce kauczukowe (kwasy żywiczne zastąpione estrami) Baermanna. 6) Przyrząd wyciągowy do kończyny dolnej, dający się z chorym przenosić poza łóżko, podał Lampe. 7) Drewniane kleszcze do wyciągania języka u nieprzytomnych podał Sillevis. 8) Rozszerzadła maciczne Jollyego. 9) Imadło Jollyego (otwiera się i zamyka bez zmiany położenia palców). 10) Tanie słuchawki drewniane (10 sztuk 5 marek) do niszczenia po użyciu u chorych zakaźnych podał Betz. K.

Nadzwyczajne wyniki szwu naczyń ogłasza znowu Carrel. Wyciął on u suki jedną nerkę, w pewien czas wszył ją z powrotem, w 2 tygodnie wyciął na stałe drugą nerkę i zwierzę zupełnie to dobrze zniosło. Wycięty otwór aorty załatał płatkiem gumy. W 4 miesiące potem przekonał się, że guma pokryta została od wewnątrz błoną wewnętrzną, a od zewnątrz błoną zewnętrzną tętnicy. (Journ. f. exper. Med. 1911 Nr 2). A.

Włos kobiecy uważa Sofoteroff za najlepszy materyał do szwu naczyń krwionośnych. Odczyszcza się go mechanicznie mydłem i szczotką, gotuje w sodzie i przechowuje w parafinie. (Zentrbl. f. Chir. 1911, Nr 21). A.

Krwotoki z mniejszych naczyń tamuje Hoffmann w ten sposób, że przez leżące na naczyniu szczypczyki Péana przepuszcza silny prąd elektryczny. (Beitr. zur kl. Chir. 72. I). A.

Do odkażania rąk zaleca Lehmann tribromnaftol-alkohol. (Beiträge Brunsa 74). K.

Rękawiczki gumowe wyjaławia B. Kozłowski przez gotowanie ich 15—20 minut w 1% roztworze mydła lub spirytusu mydlanego. (Münch. med. Woch. 1911, Nr 51). A.

Leczenie radem nowotworów, zwłaszcza nie nadających się do operacyi, jakoteż leczenie zapobiegawcze po operacyi doszczętnej lub częściowej powinno być podług Finziego zawsze stosowane. Leczył on w ten sposób 100 chorych, u 12% osiągnął nawet zupełne zniknięcie nowotworów, u 62% poprawę, zwłaszcza podmiotową, a tylko u $^1/_4$ chorych żadnego skutku nie było. (Lancet 20. V). A.

Do leczenia raka zalecił Oestreich wyrabiany przez firmę Riedel środek »antituman« (chondroitinschwefelsaures Natrium). (Zeitschr. f. Krebsforsch. 1911, I—II). A.

Przy przewlekłych odmrożeniach skóry zaleca Unna na noc smarowanie: »Rp. Sapon. virid. 4,0. collodii 20,0. (Berl. klin. Woch. Nr 40). A.

Przy róży zaleca Kraemer lewatywy z kollargolu w razie, jeżeli sprawa przybiera charakter septyczny. (Münch. med. Woch. 1911. Nr 47). A.

Przeciwko odleżynie zaleca Zweig ułożenie obnażonej odpowiedniej części ciała na t. zw. wacie drzewnej impregnowanej sublimatem. (Deutsch. med. Woch. 1911, 37). A.

Doświadczalnie uzyskał wole Bircher u 120 szczurów przez pojenie ich wodą z okolic, gdzie panuje wole endemicznie. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 112. IV—VI). A.

Przy porażeniach nerwu zwrotnego uzyskuje dobre wyniki Brünings zapomocą wstrzykiwania parafiny w struny głosowe. (Verhandl. d. Ver. D. Laryngol. Frankfurt 1911. S. 525). A.

Przy leczeniu zniekształtniającego zapalenia stawów podaje Nathan miesiącami grasicę i uzyskuje przytem podobno dobre wyniki. (Journ. Amer. med. Assoc. 56, 1911. I). A.

Rwę kulszową leczy Haidenhain ze skutkiem wstrzykiwaniami wodnego rozczynu antypiryny wprost w pień nerwowy. Zwykle trzy wstrzykiwania wystarczają. Po wstrzyknięciu występuje chwilowy silny ból. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr 46). A.

Skrzywienie kręgosłupa występuje podług Kirscha niemal w 5% już u dzieci przy końcu pierwszego roku życia, tak, że niesłusznie obwinia się potem o nie zawsze szkołę. Dzieci badać należy, położywszy je na brzuchu. (Jahrb. f. Kinderheilk. 4). A.

Apteczna woda przekroplona zawiera podług Müllera mnóstwo drobnoustrojów i do wstrzykiwań nietylko się nie nadaje, ale może być niebezpieczną dla życia. Dlatego zawsze należy zapisywać do tych celów wodę przekroploną i następnie wyjałowioną. (Münch. med. Woch. 1911, Nr 51). A.

Dane co do oznaczania ilości surowicy, potrzebnej w błonicy, podaje Fedinsky z Moskwy. W błonicy lekkiej wystarcza 1500—2000 jednostek, w rozlanej 2000—6000, gdy wstrzykuje się w późniejszych okresach aż do 12000, a przy obrzęku tkanki podskórnej szyi naraz nawet 15.000—20.000 (i dodatek adrenaliny 1 cm^3 rozczynu 1:1000 w 19 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli). (Jahrb. f. Kinderheilk. 74. III). A.

Surowice przeciwko zatruciu kiełbasianemu i ukąszeniu węży znajdują coraz szersze zastosowanie. Zatrucie kiełbasiane (botulismus) cechują: ślinotok albo suchość ust i gardła, porażenie mięśni oka, zatrzymanie moczu i stolca, brak apetytu, porażenie opuszkowe i t. p. Ostatnie próby z surowicą przeciw temu zatruciu, podjęte w Berlinie, wypadły jednak wątpliwie. Surowicę przeciwko ukąszeniu wężów poleca głównie Calmette. Rzeczywiście oddała ona już nieraz cenne usługi. Dawka 10 cm^3. O ile zastosuje się ją nie później, jak w 2 godziny po ukąszeniu, działa bardzo pewnie. (Med. Klin. 1911, Nr 4). A.

W leczeniu zapalenia płuc odrzuca Löwenstein naparstnicę, a natomiast zachwala kofeinę. Próby leczenia dużemi dawkami naparstnicy wypadły ujemnie, a nawet wywoływały objawy zatrucia i zapady. (Med. Klin. 1911, Nr 4). A.

Ciekawe badania nad durem plamistym podaje Nicolle. Chorobę przenieść można z człowieka na szympansa i świnkę morską (choć i u innych małp przeniesienie także się udaje, ale szympans jest najczulszy). Surowica małp i człowieka po przebyciu choroby okazuje wybitne lecznicze działanie w durze. Działanie to najsilniejsze jest w 10—12 dni po spadku gorączki, a znika po 20 dniach. Choroba przenosi się za pośrednictwem pasorzytów człowieka, zwłaszcza wszy, co i doświadczalnie u małp można wykazać. U dzieci dur przebiega zwykle łagodnie i nieraz dlatego przenoszą one zarazę. (Annal. de l'Inst. Pasteur. Styczeń—luty 1911). A.

Endemiczne występowanie tężyczki spostrzegał w Indyach Carrison. Występuje ona na wiosnę w okolicach, gdzie częste jest wole, u kobiet zwykle w czasie miesiączki, ciąży lub karmienia Napady powtarzają się co wiosnę, ustają w lecie. Leczniczo działa dobrze rzewień, kalomel i tymol, co przemawia za jelitowem pochodzeniem tężyczki przy współudziale zmian tarczycy. (Lancet 10. VI). A.

U pracujących przy telegrafie bez drutu występuje bardzo często podług Peyrelinguea niedokrwistość, a to wskutek pracy w przestrzeni małej, źle wentylowanej a bardzo ogrzanej (na okrętach), wydobywania się par połączeń azotowych, pracy siedzącej i ucisku hełmu na głowę. (Sem. med. Nr 47). A.

Diplosal stosował Schwenk w szeregu przypadków zapalenia pęcherza, zapalenia cewki moczowej (wiewiórowego i niewiewiórowego) i zapalenia miedniczek nerkowych, zachęcony dobrymi wynikami, uzyskanymi przez Minkowskyego i Schläfliego. Wyniki były korzystne. Również użytecznym okazał się diplosal w ostrym wiewiórze cewki, usuwając rychło parcie na mocz, który się wkrótce wyjaśniał. Schwenk podaje diplosal także zapobiegawczo przy wiewiórze przedniej części cewki, aby przeszkodzić szerzeniu się sprawy na część tylną. Ubocznych działań nie zauważył. Bh.

Pituitrynę zaleca Schmid jako pobudzającą znakomicie bóle porodowe, tak że nieraz zastąpić może ona kleszcze, zwłaszcza jeżeli osłabienie bólu wystąpiło po narkotyku. Pituitryna nigdy nie wywołuje kurczu stałego, jak sporysz. (Tow. lek. niem. Praga XII. 1911). A.

Przeciwko świerzbowi zaleca Neuberger ristin, środek niedrogi, bezwonny i bezbarwny. (Münch. med. Woch. 1911, Nr 58). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 5. lutego 1912.

1) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy wykonanej z p. C. A. Jacobsonem: **Metody oznaczania ilościowego neochlorofilu obok allochlorofilu.**

2) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę własną: **O zmianach degeneracyjnych w jądrach niedojrzałych jajek.**

Autor spostrzegał, iż przy pobudzaniu jajek do rozwoju partenogenetycznego wodą morską z dodatkiem chlorku potasu, pewna część jajek nie rozwijała się i nie wydzielała wcale ciałek kierunkowych. W niektórych z tych jajek z zachowanem pęcherzykowatem jądrem, jądra ulegały charakterystycznym zmianom, mianowicie skutkiem pęknięcia czy zaniku opony jądrowej treść jądra dostawała się do plazmy, opona jądrowa znikała, sok jądrowy mieszał się z plazmą, a grupy czworacze chromatynowe, znalazłszy się w plazmie, tworzyły pęcherzykowate jądra, których ilość zazwyczaj odpowiadała ilości grup czworaczych chromatynowych; było ich dwanaście. Jąderko zachowywało się obok tych jąder przez bardzo długi czas. Wystę-

powanie treści jądra do plazmy autor sprowadza do procesu wymiany materyi między jądrem a plazmą, do występowania cząstek jądrowych przez oponę jądrową; jednakże przy tych doświadczeniach skutkiem zadziałania płynu hypertonicznego opona jądrowa ulegała zmianom i dlatego, przy prawidłowem zresztą występowaniu cząsteczek jądrowych, ulegała pęknięciu lub zanikowi.

(Oprócz tego przedstawiono 5 prac, których przedmiot przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 6 grudnia 1911 r.

1. Kol. Goldberg przedstawił: 1) dziecko **z porażeniem splotu barkowego** i zwichnięciem (?) wrodzonem stawu ramieniowego; 2) 75-letniego mężczyznę, u którego dokonał **usunięcia** przerosłego **gruczołu krokowego** drogą nadłonową (pokaz usuniętego narządu).

2. Kol. Goldman pokazał chorego, u którego z przyczyny bezustannych wymiotów, po części kałowych, był zmuszony dokonać laparatomii; 2 razy bezskutecznie, dopiero po dokonaniu tego zabiegu po raz trzeci i po przeszczepieniu wolnej powięzi — wynik zabiegu okazał się trwałym.

3. Kol. Sterling wypowiedział rzecz: **O sztucznej odmie piersiowej**. (Drukowane w »Przegl. i Czas. lekarskiem«, Nr 1 i następne).

Odczyt uzupełnił prelegent demonstracyą 4 chorych (3 mężczyzn i 1 kobiety), u których zastosowano sztuczną odmę opłucną, oraz pokazał 8 zdjęć rentgenograficznych, dokonanych przed i po zastosowaniu omawianego zabiegu.

4. Dyskusya nad odczytem kol. Silberstroma: **O anafilaksyi**.

Kol. Kaufman, nawiązując rzecz do odczytu, który wygłosił przed kilkoma tygodniami (»O samozatruciu podczas ciąży«), wspomniał o poglądach Thiera i Graefenberga, którzy przyczynę rzucawki upatrują w tem, że białko płodu zachowuje się względem ustroju matki, do którego przedostaje się przez łożysko, jak białko obcogatunkowe.

Kol. Birencweig zwraca uwagę prelegenta na to, że zmiany anatomo-patologiczne w przypadkach śmiertelnych wstrząsu anafilaktycznego, zwłaszcza w płucach, polegają nie na rozedmie płuc, lecz na rozszerzeniu naczyń włoskowatych, z zupełnym zanikiem pęcherzyków płucnych (Wolff-Eisner); że anafilaksyę powoduje wzmożona wrażliwość ośrodków naczynio-ruchowych nietylko splotu podbrzusznego. Zdaniem kol. Birencweiga, pogląd prelegenta, że świerzbiączkę tłumaczyć można jako objaw anafilaksyi, ma dużo prawdopodobieństwa; spory kontyngens dotkniętych świerzbiączką stanowią dzieci, karmione flaszką. Pokrzywka stanowi jeden z objawów świerzbiączki; cierpienie cechuje wysoka pobudliwość ośrodków naczynio-ruchowych, jak skłonność do biegunek i cierpień dróg oddechowych. Kol. B. zaznacza, że w latach 1899—1904 przy leczeniu przymiotu wstrzykiwał rozczyny soli rtęciowych w białku kurzem, peptonie oraz somatozie, nie spostrzegał jednak nigdy objawów, znanych obecnie pod nazwą anafilaksyi. Dawki białka, peptonu i t. d. wynosiły 0,04, chorzy znosili dobrze wstrzykiwania, których liczba dochodziła do 20—30.

Kol. Perlis twierdzi, że wyrażenie »parenteralny« nie jest dosyć ścisłe i przytacza przypadek anafilaksyi, wywołanej przez wprowadzenie białka do odbytnicy, a więc, zdaniem kol. P., anafilaksya nie zawsze wywołuje się produktami karmienia parenteralnego.

Kol. Sonnenberg z przyczyny wypowiedzenia przez prelegenta poglądu, iż powodem świerzbiączki u dzieci jest szczepienie krowianki, zwraca uwagę na następujące fakty, a mianowicie: że liczba szczepionych jest bardzo znaczna, stanowi bowiem duży ułamek ludzkości, ilość zaś dotkniętych świerzbiączką w porównaniu z liczbą szczepionych — jest bardzo nieznaczna. To zestawienie nie przemawia na korzyść poglądu prelegenta. Aby pogląd prelegenta miał cechy prawdopodobieństwa, jest rzeczą niezbędną, by był poparty przez argumenty, naprzykład w rodzaju takiego, że u dzieci, którym krowianki nie szczepiono, nie spostrzega się świerzbiączki itd. Jeden taki argument, — gdyby się można było nań powołać — miałby dużą wartość. Zresztą, jeżeli szczepienie krowianki prelegent podniósł tu, jako moment, wywołujący uczulenie ustroju dziecięcia, które odtąd staje się nadwrażliwem na białko, to chwil takich w zaraniu życia jest więcej, naprzykład zapadanie na choroby zakaźne, jak np. odrę. Co się tyczy świerzbiączki, to dotychczas pogląd, upatrujący przyczynę świerzbiączki w zaburzeniach przewodu pokarmowego u dzieci, można — zdaniem Sonnenberga — pogodzić z nowoczesnemi pojęciami nauki odporności, a mianowicie z poglądami o anafilaksyi, jeżeli przez anafilaksyę rozumieć będziemy wprowadzenie obcego białka nietylko wprost do obiegu krwi, lecz i przez uszkodzony (zaburzenia) przewód pokarmowy. Mechanizm byłby następujący: Wprowadzone do przewodu pokarmowego białko przedostaje się w stanie nieprzeistoczonym, jako białko heterologiczne, obce, do obiegu krwi, odruchowo drażni układ nerwowy, na co skóra odpowiada odczynem swoistym w postaci pokrzywki.

Kol. Lipszyc zauważył, że stosunek pokrzywek i świerzbiączki do anafilaksyi został już podniesiony przez Brucka, oraz zwraca uwagę na to, że na świerzbiączkę zapadają również dzieci, karmione wyłącznie piersią.— Kol. Mogilnicki utrzymuje, że świerzbiączka bywa spostrzegana u dzieci przed szczepieniem ospy i że po szczepieniu pogarsza się.— Kol. Łukasiewicz zapytuje, jaki jest stosunek anafilaksyi do idyosynkrazyi?

Kol. Szwarcwasser mówi o 2 teoryach Friedbergera, o anafilaksyi histogenetycznej i humoralnej. Według pierwszej teoryi (1909) wstrząs anafilaktyczny powstaje wówczas, kiedy wskutek przewagi receptorów, siedzących na komórkach nad receptorami wolnymi, przeważna ilość białka powtórnej injekcyi utrwalona zostaje w komórkach wyższej wartości życiowej. Według drugiej teoryi (1910) wstrząs powstaje wskutek połączenia się wartości precypityny z wywoływaczem, przeważnie we krwi, przyczem rolę rozstrzygającą odgrywa tu dopełniacz, który z systemu »białko-precypityna« tworzy anafilatoksynę, t. j. produkt pośredni między złożoną molekułą białkową, a stosunkowo prostszą kwasów aminowych. Dalej polemizuje kol. Sz. z prelegentem co do twierdzenia tegoż, iż anafilaksya jest czemś pokrewnem z idyosynkrazyą. Zdaniem kol. Sz. raczej odwrotne twierdzenie miałoby racyę bytu.

Kol. Silberstrom zaznacza w odpowiedzi kol. Sonenbergowi: Działanie anafilaktyczne, powodujące świerzbiączkę, prelegent przypisuje nie zarazkowi szczepionki, lecz surowicy cielęcej, która przy szczepieniu zostaje wprowadzona do obiegu krwi, a jest wystarczająca do uczulenia ustroju, który odtąd staje się nadwrażliwym na białko krowie, wprowadzone »per os« przy karmieniu mlekiem krowiem. Pokrzywki, która się zjawia między 8—12. dniem po szczepieniu większą ilością krowianki, prelegent nie uważa za swoistą krowiankową, lecz za wysypkę posurowiczą, t. j. za wywołaną przez surowicę cielęcą. Nawraca ona u dzieci, karmionych obok piersi mlekiem krowiem, potęguje się, gdy dziecko zostaje odstawione od piersi i odżywia się wyłącznie i obficie mlekiem krowiem. Cierpienie to trwa do chwili, kiedy przechodzi się do normy odżywiania ludzi dorosłych, t. j. mniej wprowadza się mleka. Świerzbiączkę po szczepieniu nabywa tylko pewien mały odłam dzieci, dotkniętych — jak to zresztą słusznie podniósł kol. Sonenberg — zaburzeniami przewodu pokarmowego, u których prawdopodobnie istnieje częściowa nieprawidłowa przepuszczalność ściany jelit względem nierozłożonego białka surowicy mlecznej, która, dostawszy się do obiegu krwi (dzieci nadwrażliwych na białko krowie), wytwarza za każdym ra-

zem świeżą dawkę jadu anafilaktycznego, powodującego wtórne wysypki pokrzywkowe. Wyższy stopień niedomogi ścianki jelit da nie świerzbiączkę, lecz objawy mocnego zatrucia mlekiem krowiem, t. j. tak zw. idyosynkrazyę dzieci na mleko krowie, która nie jest niczem innem, jak nadwrażliwością nabytą, czyli anafilaksyą. Odra, lub inne sprawy zakaźne, o których wspomina kol. Sonnenberg, nie mogą dać uczulenia na białko krowie, ponieważ pierwiastki zakaźne tych chorób składają się z innych substancyi proteinowych. Kol. Perlisowi prelegent odpowiada, że przytoczony przez kol. P. przypadek anafilaksyi od białka, wprowadzonego przez odbytnicę, jest oczywiście tylko częściowem zjawiskiem anafilaksyi, otrzymywanej drogą enteralną. Co do uwagi kol. Lipszyca, że na świerzbiączkę chorują również dzieci, karmione piersią, prelegent odpowiada, że większość matek dokarmia niemowlęta w drugiem półroczu mlekiem krowiem. Aby obalić powyższe przypuszczenia, należałoby w tym kierunku przeprowadzić obserwacye ścisłe, tj. wykluczyć zupełnie mleko krowie. Doświadczenia kol. Birencweiga z podskórnemi wstrzykiwaniami substancyi białkowych, przy których anafilaksyi nie otrzymywał, są niewystarczające. Substancye białkowe przy wstrzykiwaniu jednokrotnem i podskórnem dają anafilaksyę bardzo rzadko i w dodatku słabą. Własności trujące przy wstrzykiwaniach posiadają w wysokim stopniu tylko peptony o budowie molekularnej wyższej, jak np. pepton Witta. Zdanie kol. Kaufmana o heterologicznym charakterze komórek rozrodczych względem ustroju, który je wytwarza, znajduje zupełne potwierdzenie w ostatniej pracy Graefenberga i Thiesa, dowodzących, że nasienie męzkie i ciała szkliste w oku zachowują się jak substancye białkowe obcogatunkowe. Kolegom Szwarcwaserowi i Łukasiewiczowi odpowiada prelegent następująco: W sprawie stosunku idyosynkrazyi do anafilaksyi prelegent zauważył, że doświadczenia Bruckera z surowicą osób, cierpiących na idyosynkrazyę do pewnych pokarmów lub środków leczniczych, zapomocą której wywoływał u zwierząt nadwrażliwość na te same substancye w postaci zjawiska anafilaksyi biernej, że doświadczenia te sprawiły, iż powinowactwo idyosynkrazyi do anafilaksyi stało się faktem naukowo ustalonym. Co do uwagi kol. Sz. o opuszczeniu przez prelegenta histogenetycznej teoryi anafilaksyi, prelegent oświadcza, że pragnąc dać całokształt pojęcia o nauce anafilaksyi w obecnej dobie jej rozwoju, nie rozpatrywał teoryi, które straciły wobec szerszych badań racyę bytu. Prace nad anafilaksyą bierną dowiodły, że łączenie się białka z jego niwecznikiem (anticorps) i odszczepienie jadu anafilaktycznego odbywają się we krwi, a zatem hipoteza o istnieniu chwytników w komórkach okazała się zbyteczną.

E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

78. Ogólne Zebranie w dniu 30. grudnia 1912 r.

Obecnych 16 członków i kol. Bączkiewicz z Warszawy.

1) Kol. Fidler wita kol. Bączkiewicza, który przyjechał na Zebranie, zaproszony celem przyjęcia udziału w dyskusyi nad budową szpitala dziecięcego w Radomiu.

2) Na Przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Fidler.

3) Kol. Sekretarz odczytuje protokół poprzedniego Zebrania, który przyjęto.

4) Kol. przewodniczący odczytuje korespondencyę i list Prezesa Izby adwokackiej w Radomiu, z zawiadomieniem o wydelegowaniu trzech przedstawicieli adwokatury Radomskiej na posiedzenie Zarządu naszego Towarzystwa w dniu 6. stycznia 1912 r. celem omówienia niektórych spraw sądowo-lekarskich; list magistratu m. Radomia z prośbą o wyszukanie odpowiedniego pomieszczenia pod szpital tymczasowy na wypadek zjawienia się w Radomiu dżumy lub cholery; list mec. Olszowskiego, tyczący się budowy szpitala dziecięcego w Radomiu, poczem kol. Przewodniczący prosi zebranych o wybór trzech członków Towarzystwa na posiedzenie 22 stycznia b. r. wspólne z członkami zarządu mającego powstać szpitala dziecięcego. — Wybrani zostali: koledzy Fidler, Pełczyński i Przyłęcki.

5) Kol. Przewodniczący otwiera dyskusyę nad **budową szpitala dziecięcego** w Radomiu i daje głos kol. Bączkiewiczowi, który winszuje Radomiowi tak wspaniałego zapisu, dodając, że suma 271.000 rubli nie może być jednak uważana za zbyt wielką, zważywszy, że znaczna część tych funduszów musi być obracana na utrzymanie szpitala. W dłuższem, nader sumiennem, szczegółowem, popartem przedstawieniem planów, przemówieniu daje kol. Bączkiewicz obraz wzorowego szpitala dziecięcego, zaznaczając, że rozmiar szpitala zależnym być musi od potrzeb Radomia i okolicy, oraz od ram, wskazanych przez fundusze. Jeżeli przyjmiemy koszt łóżeczka od 3—4 tysięcy rubli, to może być mowa o zbudowaniu szpitala na 30 łóżek, jeżeli zaś z tych lub innych względów budowa wypadnie taniej, to można pomyśleć o szpitalu na 50 łóżeczek, mając na uwadze, że zawsze będzie zarezerwowanego tyle miejsca na placu, iż zawsze będzie można rozszerzyć szpital. Ponieważ w Radomiu jest dużo szkół, wypadnie pomyśleć o oddzielnych pokoikach, zważywszy na młodzież zamożniejszą. Najważniejszą jednak rzeczą według kol. Bączkiewicza jest racyonalne, wygodne ambulatoryum, które nawet może być poza obrębem szpitala, n. p. w mieście, podczas gdy sam szpital prawie za miastem znajdować się będzie. Co do obejrzanego placu kol. Bączkiewicz wyraża się wogóle przychylnie, sądząc, że pewne usterki uda się usunąć zapomocą stosownych zarządzeń.

Pawilony chorób wewnętrznych, chirurgicznych, zaraźliwych, gospodarczy, kapliczka, prosektoryum i t. d., zostały przez kol. Bączkiewicza nader szczegółowo opisane i omówione na zasadzie własnego doświadczenia prelegenta oraz wzorów widzianych zagranicą. Co do instytutu szczepienia ospy i »kropli mleka«, to kol. B. stanowczo je odradza, uważając za niepraktyczne i nie nadające się do szpitala dziecięcego, gdzie całą troską lekarza naczelnego będzie walka z chorobami zaraźliwemi.

W dyskusyi brali udział prawie wszyscy obecni członkowie, a po ukończeniu jej za sumienne, wyczerpujące i wysoce dla sprawy pożyteczne przemówienie podziękowano kol. Bączkiewiczowi żywym oklaskiem.

Kol. Przewodniczący jeszcze raz dziękuje kol. Bączkiewiczowi za przyjazd do Radomia, podjęte trudy, oraz światłe rady.

Członek Zarządu, sekretarz T. Rakowski.

Stan obecny szpitalnictwa w Łodzi.

Zebrał

Dr H. Trenkner.

Łódź, licząca obecnie z górą $^1/_2$ miliona [1]) ludności, dotąd nie posiada ogólnego szpitala miejskiego. W mieście istnieje 16 zakładów szpitalnych [2]), które można podzielić na następujące kategorye:

1) Pod zarządem Rady dobroczynności publicznej: Powiatowy szpital św. Aleksandra 1.

2) Miejski: Szpital dla chorych zakaźnych 1.

3) Powstałe dzięki instytucyom społecznym, lub fundacyom prywatnym 6: Żydowski fundacyi rodziny Poznańskich, Zakład

[1]) Według spisu z końcem roku 1911 510 tysięcy.

[2]) Kierownikom szpitali za udzielone mi łaskawie daty, składam tutaj najszczersze podziękowanie.

dla umysłowo chorych w Kochanówce i Przytułek położniczy przy Chrześć. Tow. Dobr., Szpital Anny-Maryi dla dzieci fundacyi rodziny Herbstów, obecnie pod opieką Chrz. Tow. Dobr., Szpital ewangielicki, zbudowany przez Zbór ewangielicki warszawski, Przytułek położniczy przy żydowskiem Tow. Linas Chacholim.

4) Szpitale fabryczne 5: Czerwonego Krzyża, fabryk Scheiblera, Poznańskiego, Heinzla i Kunitzera, fabryczny przy ul. Nawrot.

5) Lecznice prywatne 3: przy ul. Podleśnej Nr 15, Piotrkowskiej Nr 249, Wólczańskiej Nr 36.

Na omówienie zasługują szpitale fabryczne, zakłady, stanowiące do pewnego stopnia specyalność Łodzi, jako miasta fabrycznego. Rosyjskie ustawy fabryczne wkładają na przemysł obowiązek leczenia chorych robotników w szpitalach, zakładanych przez fabryki, w stosunku 1 łóżka na 100 robotników fabrycznych. Większe zakłady fabryczne łódzkie pobudowały własne szpitale, mniejsze zaś — bądź z własnej woli (szpital fabryczny przy ul. Nawrot), bądź za inicyatywą władz administracyjnych (Szpital Czerwonego Krzyża) — łączyły się i zakładały zbiorowe szpitale dla kilku fabryk, lub też ograniczały się do abonowania stałych łóżek w 2 lecznicach prywatnych.

Najstarszy ze szpitali łódzkich, powiatowy szpital św. Aleksandra, założony został w r. 1845; w r. 1884 założony został szpital fabryczny Tow. Akc. K. Scheiblera, w r. 1886 szpital fabryczny w Widzewie, w r. 1890 szpital żydowski fundacyi rodziny Poznańskich, w r. 1891 — szpital fabryczny Poznańskich i Przytułek położniczy przy Chrz. Tow. Dobr., w r. 1893 szpital fabryczny przy ul. Nawrot, w r. 1902 szpital dla umysłowo chorych w Kochanówce, w r. 1905 szpital Anny-Maryi dla dzieci, w r. 1908 szpital miejski dla chorych zakaźnych i szpital ewangielicki, w r. 1910 Przytułek położniczy przy Żyd. Tow. Linas Chacholim.

Lecznica prywatna Drów Langego, Mittelstaedta, Skibińskiego, Tochtermana, Wattena i Zaborowskiego przy ul. Podleśnej Nr 15, zbudowana w r. 1903, przyjmuje przypadki chorób wewnętrznych, chirurgicznych, ginekologicznych, ewentualnie rodzące. W tym samym zakresie działa lecznica przy ul. Piotrkowskiej Nr 251 Drów Druebina, Goldbluma, Goldmana, Jasińskiego, Kaufmana i Kruschego. Lecznica Drów Falka, Golca i Jelnickiego, założona w r. 1909 przy ul. Wólczańskiej Nr 36 przyjmuje chorych na choroby skórne i weneryczne.

Budynki. Z 16 szpitali łódzkich 9 posiada budynki specyalnie na ten cel budowane:

Szpital Św. Aleksandra stary (z r. 1845) jednopiętrowy murowany budynek, w którym mieszczą się wszystkie oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, weneryczny, więzienny i wszystkie działy gospodarcze, z wyjątkiem pralni.

Szpital żydowski im. Poznańskich piętrowy budynek murowany w kształcie podkowy, mieszczący oddziały wewnętrzny, chirurgiczny, położniczy i gruźliczy, ambulatoryum oraz działy gospodarcze.

Szpital Czerwonego Krzyża jest zbudowany według systemu pawilonowego, część pawilonów murowana, część drewniana; budynki administracyjne i gospodarcze oddzielnie.

Szpital ewangielicki — jednopiętrowy budynek murowany; w jednym budynku mieszczą się oddziały wewnętrzny i chirurgiczny.

Szpital Anny-Maryi dla dzieci zbudowany jest systemem pawilonowym: 8 pawilonów murowanych — 4 jednopiętrowe i 4 parterowe; oddziały administracyjny, gospodarczy i szpitalne nie łączą się ze sobą.

Szpital fabryczny Scheiblera — jednopiętrowy murowany budynek w kształcie podkowy, mieszczący prócz oddziałów szpitalnych oddziały gospodarcze, aptekę i mieszkania personalu.

Szpital fabryczny Poznańskich — budynek murowany, nadto letni pawilon drewniany.

Szpital fabryczny w Widzewie — budynek częściowo murowany, częściowo drewniany.

Lecznica prywatna przy ul. Podleśnej — budynek 2-piętrowy murowany, budowany systemem hotelowym; działy gospodarcze w suterenach.

Szpital w Kochanówce posiada specyalnie budowane murowane pawilony dla chorych, natomiast budynki gospodarcze: kuchnia, pralnia i t. d., oraz mieszkania personalu mieszczą się w szczupłych drewnianych domkach, zupełnie nie odpowiadających swemu przeznaczeniu [3]). Tłomaczy się to historyą powstania szpitala na gruntach dawnych letnich mieszkań. Pozostałe szpitale łódzkie mieszczą się w budynkach, przeznaczonych pierwotnie na domy mieszkalne.

Jedyny miejski szpital, przeznaczony dla chorych zakaźnych, mieści się w drewnianym budynku jednopiętrowym, który niegdyś stanowił rodzaj willi podmiejskiej jednego z obywateli łódzkich. Szczęśliwym trafem willa ta posiadała oficynę na kuchnię, i dzięki temu oddział gospodarczy mieści się w oddzielnym budynku. W całości budynek szpitalny zupełnie nie odpowiada swemu przeznaczeniu i musi być tolerowany tylko jako »malum necessarium«.

W zwykłych »kamienicach« mieszczą się: szpital fabryczny przy ul. Nawrot, 2 lecznice (ul. Piotrkowska 251 i Wólczańska 36) i oba przytułki położnicze.

Większość szpitali łódzkich posiada prócz oddziałów wewnętrznych oddziały chirurgiczne. Szpital św. Aleksandra posiada nadto oddział weneryczny i oddział więźniów. Szpital Anny-Maryi — oddziały dla błonicy, płonicy, duru i obserwacyjny. Szpital dla chorych zakaźnych — oddziały płoniczy, ospowy i mieszany (róża, dur wysypkowy i inne, zależnie od okoliczności). Szpital żydowski — oddział gruźliczy.

Systemem pawilonowym, jak wspomniano wyżej, zbudowane są jedynie szpitale Anny-Maryi i Czerwonego Krzyża. W innych oddziały tworzą się mniej lub więcej sztucznie: dla danej kategoryi chorych przeznacza się piętro, salę i t. p. W miejskim szpitalu dla chorych zakaźnych oddziały mieszczą się na poszczególnych piętrach i każdy oddział posiada własną klatkę schodową.

Ogrody szpitalne. Własne ogrody posiadają szpitale: żydowski — fundacyi Poznańskich, fabryczny Scheiblera, fabryczny w Widzewie, miejski dla chorych zakaźnych i szpital w Kochanówce. Są to mniej lub więcej cieniste ogrody, jako tako zabezpieczające chorych od kurzu i dymów fabrycznych. Ogrody w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci, ewangielickim i Czerwonego Krzyża są jeszcze młode i wskutek tego usług takich nie mogą oddawać.

Ściany w 7 szpitalach łódzkich (w Kochanówce, żydowskim, Cz. Krzyża, fabrycznym Scheiblera, fabrycznym Poznańskiego, w Widzewie i lecznicy prywatnej przy ul. Wólczańskiej) malowane są w całości olejno, w pozostałych — cokoły olejno, reszta ścian malowana kredowo-klejowo. Sale operacyjne wszędzie olejno malowane.

Podłogi w większości szpitali są z desek olejno malowanych. Szpital Anny-Maryi, lecznica przy ul. Wólczańskiej i przytułek położniczy mają podłogi pokryte linoleum. W szpitalu żydowskim i fabrycznym Scheiblera podłogi są posadzkowe.

Ogrzewanie centralne posiada 7 szpitali: żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Kochanówka, Czerwonego Krzyża, fabryczny Scheiblera, lecznica przy ul. Podleśnej. Pozostałe ogrzewane są zapomocą zwykłych pieców węglowych.

Oświetlenie elektryczne posiada 5 szpitali: ewangielicki, Widzew i lecznica przy ul. Wólczańskiej. Szpital dla chorych zakaźnych oświetlany jest naftą — pozostałe gazem.

Wodociągi posiadają wszystkie szpitale. Kochanówka czerpie wodę ze studni artezyjskiej.

Klozety wodne posiadają obecnie wszystkie szpitale. System usuwania odchodów we wszystkich szpitalach jest wywozowy. W szpitalu miejskim dla chorych zakaźnych — filtr mechaniczno-biologiczny.

Wanny emaliowane posiadają szpitale: miejski, żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Kochanówka, Czerwonego Krzyża, fabryczny Scheiblera, fabryczny w Widzewie, lecznica przy ul. Podleśnej i przy ul. Wólczańskiej. Reszta szpitali ma wanny miedziane.

Ilość wanien i stosunek do liczby chorych wykazuje tablica I. (str. 166).

Łóżka we wszystkich szpitalach łódzkich są żelazne, w wielu z siatkowymi materacami. W szpitalach Anny-Maryi, ewangielickim, żydowskim, fabrycznych Scheiblera, Poznańskiego, w przytułku położniczym przy »Linas Chacholim« i lecznicy przy ul. Wólczańskiej na łóżkach leżą materace, w miejskim zakaźnym i obu lecznicach częściowo materace, częściowo sienniki.

Bielizna. Szpitale podały następujące zapasy bielizny.

Na 3 zmiany: Szpital św. Aleksandra, fabryczny przy ul. Nawrot, przytułek położniczy przy »Linas Chacholim«, lecznica przy ul. Podleśnej, lecznica przy ul. Piotrkowskiej.

---

[3]) W chwili drukowania niniejszej pracy szpital w Kochanówce kończy budowę specyalnego gmachu dla kuchni i pralni z urządzeniami, stojącemi na wysokości współczesnych wymagań.

Tablica I.

Szpitale	Ilość łóżek	Ilość wanien	Na ile łóżek przypada 1 wanna
Powiatowy św. Aleksandra	88	2	44
Miejski dla chorych zakaźnych . . .	40	4	10
Ewangielicki	40	4	10
Żydowski im. Poznańskich	113	6	19
Anny-Maryi dla dzieci	130	12	11
W Kochanówce	260	12	22
Fabryczny Czerwonego Krzyża . . .	100	?	?
» Scheiblera	70	7	10
» Poznańskich	45	4	11
» w Widzewie	32	3	10
» przy ul. Nawrot	40	2	20
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobr.	4	1	4
Przytułek położniczy przy »Linas Chacholim«	14	1	14
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15 .	55	4	14
» przy ul. Piotrkowskiej Nr 251	40	2	20
» przy ul. Wólczańskiej . .	12	1	12

Na 4 zmiany: Szpital ewangielicki, fąbryczny w Widzewie, lecznica przy ul. Wólczańskiej.

Na 6 zmian: Szpital Anny-Maryi.

Na 7--8 zmian: Szpital dla chorych zakaźnych.

NB. Szpitale: żydowski, Czerwonego Krzyża, fabryczny Scheiblera, fabryczny Poznańskiego i Przytułek położniczy przy Chrz. Tow. Dobr. ilości bielizny nie podały.

Pranie odbywa się w pralniach mechanicznych w szpitalach ewangielickim, Anny-Maryi i żydowskim. W pozostałych szpitalach — ręcznie. Wirówki (centryfugi) do wyżymania bielizny posiadają szpitale: Czerwonego Krzyża, Anny-Maryi i fabryczny Scheiblera. W pozostałych wyżymanie odbywa się zapomocą ręcznych wyżymaczek.

Specyalne ogrzewane suszarnie posiadają szpitale: Anny-Maryi, żydowski, Cz. Krzyża. W pozostałych bielizna suszy się na strychach. Na uwagę zasługuje, że tak duży szpital, jak Kochanówka (260 chorych i do 120 osób personalu szpitalnego), dotąd pierze bieliznę ręcznie w niewielkiej, pierwotnie urządzonej pralni i do suszenia bielizny posługuje się strychami, rozrzuconymi po całem terytoryum szpitalnem. Oczywiście nie przyspiesza to biegu spraw gospodarczych szpitala.

Autoklawy własne do odkażania odzieży, pościeli i łóżek posiadają 3 szpitale: Anny-Maryi, Czerw. Krzyża i ewangielicki. Szpital dla chorych zakaźnych korzysta z autoklawu w poblizkiej kamerze dezynfekcyjnej miejskiej.

Żywienie chorych. Koszt dziennego żywienia chorych przedstawia następująca tablica:

Tablica II.

Szpitale	Kopiejek
Powiatowy św. Aleksandra	25
Miejski dla chorych zakaźnych	30 (dla służby 35)
Ewangielicki	39
Żydowski im. Poznańskich	$32^1/_2$
Anny-Maryi dla dzieci	21
W Kochanówce dla umysłowo chorych .	26 (klasa III)
Fabryczny Czerwonego Krzyża	43
» Scheiblera	47
» Poznańskich	56
» w Widzewie	33- 45
» przy ul. Nawrot	50
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobr. . .	35
» » przy »Linas Chacholim«	około 50
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15	45 (klasa III)
» » Piotrkowski j Nr 251 . .	57
» » Wólczańskiej Nr 36 . . .	125 (klasy nie podano)

W szpitalu św. Aleksandra i chrz. Przytułku położniczym chorzy dostają pożywienie 3 razy dziennie. Na oddziale gruźliczym przy szpitalu żydowskim — 5 razy dziennie, w pozostałych — 4 razy dziennie. Menu zmienia się 7 razy na tydzień.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Dnia 4. II. 1912 odbyło się we Lwowie w biurze Towarzystwa lekarzy galicyjskich posiedzenie Rady zawiadowczej tegoż Tow. Na rok 1912 ustalono w wysokości 15.000 kor. na pensye i zapomogi dla wdów i sierót po lekarzach. Z kwoty tej przypada 8150 kor. na pensye, przyznane przez Walne Zgromadzenie, a reszta na zapomogi. Tytułem zapomóg przyznano dotąd na rok bieżący 3040 kor. Przyjęto z uznaniem dar Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk, polegający na wprowadzeniu jednohalerzowych znaczków, które się będzie przyklejać na każdej flaszce wody mineralnej, względnie na każdym słoju lub skrzynce przetworów zdrojowych, sprzedawanych w składzie Związku. Dochód jest przeznaczony na rzecz wdów i sierót po lekarzach. Rada zawiadowcza uchwaliła, aby zdrojowisko Morszyn wstąpiło do Związku zdrojowisk i uzdrowisk krajowych z rokiem 1912.

Powzięto uchwały, zmierzające do uporządkowania funduszów Towarzystwa i uproszczenia ich administracyi. Przyjęto do wiadomości zamknięcie rachunków fundacyi Stillerów (Morszyn).

Zamknięcie wykazało, że majątek Morszyn wraz z Zakładem w r. 1911 dały pewien dochód, który użyty będzie na niezbędne wkłady i drobniejsze inwestycye, a pozostałość na umorzenie długu, który ciąży na fundacyi. Zamknięcie rachunków fundacyi Stillerów, wraz z zamknięciem rachunków Towarzystwa lekarzy galicyjskich za rok 1911, ogłosi Rada zawiadowcza w jednym z organów Towarzystwa. Roczne sprawozdania rachunkowe będą odtąd po zamknięciu książek w pierwszym kwartale każdego roku ogłaszane.

Dr Andrzej Pohorecki obejmuje w sezonie letnim 1912 r. obowiązki lekarza zdrojowego w Morszynie.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 28. II. 1912 posiedzenie, na którem Dr Bańkowski i Dr Dadej przedstawiali zarazki krztuśca, prof. Kader operowanych przez siebie chorych oraz przypadek kilaka pod uchem, sprawiający trudności rozpoznawcze; w dyskusyi przemawiali prym. Borzęcki, prof. Gliński, Dr Rosenhauch. Następnie Dr Jekels miał wykład o psychoanalizie Freuda. — Najbliższe posiedzenie odbędzie się w Domu Towarzystwa w d. 6. marca.

— Prywatny zakład wychowawczo-leczniczy dla nerwowych i upośledzonych umysłowo dzieci otwarty został 27. II, b. r. Inicyatorami i założycielami zakładu, nie obliczonego na zyski, są: prof. J. Piltz, ks. Dr Caputa i Dr W. Nieć. Kierownikiem zakładu jest prof. Piltz, lekarzem domowym Dr Jasiński, pedagogiczną stroną zakładu kieruje J. Pieńkowska. Zakład, obliczony na razie na 12—15 wychowanków, mieści się w wynajętym od rządu gmachu poaryańskim, odpowiednio urządzonym, wśród kilkomorgowego starego ogrodu (przy ul. Kopernika 23). Na otwarcie zakładu byli zaproszeni przedstawiciele miasta, kół pedagogicznych, pedyatrycznych i psychiatrycznych, oraz reprezentanci prasy codziennej.

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie, wstępując na drogę samopomocy, stworzył Zakład kredytowy, który dostarczać będzie pomocy finansowej właścicielom zdrojowisk, domów mieszkalnych w zdrojowiskach, lekarzom, przemysłowcom i kupcom tamże pracującym. Zakład kredytowy przyjmuje wkładki oszczędności i na rachunek bieżący, udziela pożyczek i t. d. Prezesem Zakładu jest Andrzej ks. Lubomirski, w Radzie nadzorczej zasiadają z lekarzy Dr Kmietowicz, Krzyżanowski, Sobolewski, Ebers i J. Bandrowski.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. II. do 24. II, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 2 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 3, płonicy 6 † — († —), odry 4, duru brzusznego 2 † — (1 † —), ospy prawdziwej 2 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Wydatki na szpitale warszawskie na r. 1912 preliminowane są na 2,294.729 rb. Po odliczeniu spodziewanych dochodów (z majątków szpitali, podatku szpitalnego i t. d.), wypadnie z funduszów miejskich wydać 1,079.405 rb. (Med. i Kron. lek. 9).

— Dr A. Sokołowski ofiarował do rozporządzenia Towarzystwa lekarskiego warszawskiego 10.000 rb. na fundusz stypendyjny dla ucznia lub uczenicy szkół średnich.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 19. II. do 26. II. 1912 przypadków: ospy 5 † —, płonicy — † —, duru osutkowego (pod obserwacyą) 3 † —, róży — † —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarzy chorwackich (Zbor liječnika Hrvatske i Slavonije) liczyło z końcem r. 1911 członków honorowych 27 (w r. 1911 zostali mianowani Dr Kosirnik i Dr Wikerhauser), korespondentów 6, zwyczajnych 422. Rozchody w tym roku wynosiły 8.363 K (w tem wydawnictwo miesięcznika »Liječnički Vijestnik« 5.914 kor., wydatki na bibliotekę 1827 K); w dochodach wkładki członków przyniosły 2.978 K, »Liječnički Vijestnik« 3015 K. Majątek Towarzystwa doszedł 25.051 K, fundusze zapomogowe 29.872 K.

— »Spolek ceskych lekaru« w Pradze obrał na r. 1912 swym prezesem r. dw. prof. Hlavę, sekretarzem generalnym doc. Dr Libenskyego, redaktorami »Casopisu lekaru ceskych« prof. Kimlę i Dr Semerada.

— Komisya kąpielowa w Grado prosi nas o umieszczenie wiadomości, że oprócz uwolnienia od taksy kąpielowej przyznał zarząd tych kąpieli morskich lekarzom i ich rodzinom także prawo do bezpłatnych kąpieli.

— Pod naczelną redakcyą wybitnego urologa paryskiego, naszego rodaka Dr B. Motza i Dr J. Tantona wychodzić zaczęło pismo p. t. »Revue clinique d'urologie«.

— Petersburska »Riecz« podała (24. II. n. s.) wiadomości następujące: »Deklaracya polskich lekarzy z pod zaboru austryackiego, w której oficyalnie zawiadomili, iż usuwają się od udziału w organizowanym w Petersburgu wszechsłowiańskim Zjeździe higienicznym, wskutek wystąpień większości Dumy podczas dyskusyi chełmskiej, wywarła głębokie wrażenie na komitet organizacyjny Zjazdu. Obecnie wielu członków komitetu bardzo sceptycznie zapatruje się na Zjazd i wystawę. W komitecie daje się zauważyć zupełny upadek energii i prace przygotowawcze posuwają się wolniej, niż poprzednio. Niektórzy członkowie komitetu zapewniają, że Zjazd i wystawa wcale nie dojdą do skutku wskutek absenteizmu Słowian, szczególniej najbardziej kulturalnych z pośród nich, którzyby mogli przynieść Zjazdowi pożytek. Osoba, która niedawno powróciła z Austryi, posiadająca stosunki ze światem naukowym, informuje, iż nie bacząc na starania Kramarza, czescy higieniści patrzą z niedowierzaniem na ten Zjazd, a niektórzy kategorycznie oświadczyli, iż nie wierzą w zjednoczenie Słowian na gruncie naukowym z inicyatywy Rosyi, gdzie nawet wśród posłów znajdują się osobistości, obrażające godność narodową i uczucia Słowian, zamieszkałych w granicach Rosyi«.

»Riecz« nie wspomina jednakże, że stanowisko lekarzy polskich zależy nietylko od sprawy chełmskiej, ale że do tego stanowiska są oni zmuszeni przez cały obecny ucisk polskości w Rosyi.

— Dla ułatwienia pracy naukowej powstała w Niemczech przed rokiem osobna instytucya prywatna »Medizinisch-literarische Zentralstelle« (Berlin-Friedenau, Knausstrasse 12) pod kierunkiem emer. st. lekarza sztabowego Dr Bergera, podejmująca się prac pomocniczych (zestawień bibliografii danego tematu, dostarczania streszczeń odpowiedniego piśmiennictwa, tłómaczeń, korekty, opracowywania spisów rzeczy, statystyk i t. p.) za odpowiednią zapłatą.

— VII. Zjazd międzynarodowy dermatologiczny odbędzie się 8—13. kwietnia b. r. w Rzymie. Sekretarzem Zjazdu na Austryę jest prof. E. Schiff w Wiedniu. Zaraz po tym Zjeździe odbędzie się w Rzymie międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy (14—20. IV). Koleje włoskie udzielają uczestnikom Zjazdów tych 50% opustu.

Mianowani: Prof. Bonhöffer z Wrocławia profesorem psychiatryi w Berlinie.

Zmarli: higienista prof. Finkler z Bonn, fizyolog doc. Landergren w Stockholmie; chirurg prof. Cestan w Tuluzie.

Dr Maksymilian Dinte w 60 r. ż. w Kaliszu; Dr Bronisław Taczanowski, były lekarz naczelny szpitala św. Jana Bożego w Warszawie w 72 r. ż.

Redakcya otrzymała: Maciesza: 1) W sprawie dziedziczności cech nabytych patologicznych u świnek morskich. »Kosmos« 1912. 2) Meerschweinchenepilepsie nach Resection des Fusses etc. »Folia neuro-biologica« 1911.

Bibliografia.

Dr Emil Fuhrmann. **Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich.** 1912. Rok VII. Wiedeń (W. Fischers Buchdruckerei). Cena 8 koron.

Poprzednimi rocznikami dowiódł już Dr Fuhrmann, że wydawnictwo swoje pragnie ukształtować na poważny i dokładny schematyzm lekarski austryacki i że ma potemu warunki. Obecny rocznik został uzupełniony co do instytucyi filantropijnych dla lekarzy, towarzystw lekarskich, szpitali, sanatoryów i uzdrowisk; spisy lekarzy w większych miastach zostały też uzupełnione dokładnymi adresami mieszkania, usunięto natomiast spisy aptek, jako zbyteczne. Rocznik został zamknięty na d. 31. października 1911. Autor uprasza o nadsyłanie sprostowań i uzupełnień do następnego rocznika do d. 30. września (adres: Wien, IV. Waaggasse 12).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1912.

Gazeta lekarska Nr 5—8. Gajkiewicz: Dwa przypadki »myelitidis funicularis« w złośliwej niedokrwistości (5). — Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteura w 1910 r. (5). — Jaworski J.: Pomoc położnicza dla ludności m. Warszawy w zakładach położniczych miejskich. (5). — Bujwid i Szulc: Porównawcze działanie różnych środków przy powierzchownem odkażaniu rąk ze szczególnem uwzględnieniem działania rozcieńczonego alkoholu. (6). — Puławski: Przypadek choroby Addisona (6). — Józef Jaworski: Uraz jako przyczyna pęknięć ropniaków jajowodów do wolnej jamy otrzewnej. (7—8). — Bełkowski: Rak pierwotny w dolnej części przełyku; przerzut w górnej części, zwężający jednocześnie i przełyk i tchawicę. (7). — Dębiński: Rola laseczników gruźliczych rozmaitych typów, (ludzki, bydlęcy, ptasi) i t. d. w patologii i sposoby ich różniczkowania. (8—9).

Medycyna i Kronika lek. Nr 5—9. A. Landau: O nowych prądach w dziedzinie patogenezy i leczenia moczówki cukrowej. (5—9). — Heiman (dok. 5). — Lubelski: Doszczętna operacya dużych przepuklin mosznowych bez oddzielania worka przepuklinowego, lecz z owijaniem go dokoła powrózka nasiennego. (5). — Polański: Przypadek zwężenia obu oskrzeli z powodu twardzieli wraz z badaniem pośmiertnem oraz kilka słów o twardzieli wogóle. (6). — Szwajcer: Dr Jakób Rosenthal (wspomnienie pozgonne) (7). — Lipsztat: Przypadek zatoru aorty brzusznej. (7). — Delbet: O kształceniu lekarzy. (8—9).

Tygodnik lek. Nr. 5—9. J. Marischler i M. Schneider: Wpływ wstrzykiwań podskórnych salwarsanu na przemianę materyi. (5—6). — K. Orzechowski i C. Meisels: Badania czynności narządów nerwowych wegetatywnych w padaczce (5—6). — A. Rydygier (jun.). O trepanacyi zwalniającej (dekompressyjnej) i operacyi Anton-Bramanna celem zniesienia podniesionego ciśnienia śródczaszkowego. (6—9). — Beck i Bekeles: W sprawie pobudliwości kory móżdżku. (7). — Cieszyński: Plastyka górnego więzadełka wargowego. (7—8). — Klarfeld: O rozpoznaniu guzów przy moście a wewnątrz mostu Varola (9).

Nowiny lekarskie Nr. 2. Jan Sędziak: O wpływie dodatnim zabiegów nosowych, wzgl. nosogardłowych na wysadzenie gałek ocznych oraz na przerost gruczołu tarczowego. Przyczynek do leczenia choroby Basedowa. — W. Nowicki: Torbielowaty uchyłek pęcherza. — Kraszewski: Cukry w wydzielinach ludzkich. — St. Łazarewicz: Współczesuy stan nauki przewlekłego nieżytu śluzówki macicy.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1911. Zesz. IV. Osiński: Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie w r. 1907. — Wł. Sterling: Sprawozdanie ze Zjazdu neurologów i psychiatrów francuskich w r. 1910.

Neurologia polska T. II. Z. IV. Babiński: O wpływie ucisku kończyn opaską Esmarch» na zachowanie się odruchów skórnych. — Horsley i Handelsman: Badania doświadczalne nad przysadką mózgową. — Babiński i Jarkowski: O sztucznie wywołanem przemijającem powracaniu ruchów dowolnych w porażeniu kurczowem poprzecznem. — Rudzki i Hornowski: Erytromelalgia. — Morawski: Wycięcie przysadki mózgowej. — Otmarstein: W sprawie wartości rozpoznawczej odczynu z płynem Bellosta w moczu w bezwładzie postępującym.

Przegląd chorób skórnych i wen. Nr 9—10 (1911). Serkowski: Wakcynoterapia.

Postęp okulistyczny Nr 1. Noiszewski: Jaskra niezapalna.— Rumszewicz: Przyczynek do kazuistyki torbieli oczodołu.

Zdrowie Z. 2. Michałowicz: Odrębność gruźlicy w wieku dziecięcym, jej rozpoznanie i sposoby leczenia. — Biro: Z wycieczki po uzdrowiskach szwajcarskich. — Dudrewicz: Mechaniczne filtry do wody do picia. — Polak: Potrzeby naszych miast i miasteczek.

Przegląd higieniczny Nr 2. Biegeleisen: Ogrzewanie i wentylacya szkół.

Kronika dentystyczna Nr 2. Zawidzki (c. d.).

Słowo lekarskie Nr 3. Wiedeńska organizacya lekarska i wiedeńskie Tow. ratunkowe. — Weinsberg: Lekarze a zwalczanie chorób zakaźnych. — Sztuka lekarska w czasach odrodzenia. (Dok. nast.),

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. lutego 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Eisenberg: Nowe metody negatywnego barwienia bakteryi (demonstracya). 2) Dyskusya nad wykładem Dr Jekelsa: O psychoanalizie Freuda. 3) Prof. Dr E. Godlewski junior: Z nowych poglądów na ciągłość i trwałość żywej materyi.